



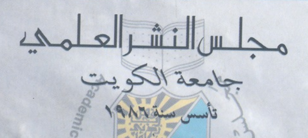
الثقافة ، والصحة ، والمرض

رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة

د . يعقوب يوسف الكندري
كلية العلوم الاجتماعية
قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية
جامعة الكويت

2003

مجلس النشر العلمي
جامعة الكويت
تأسس سنة ١٩٨٦





الثقافة، والصحة، والمرض

رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة

د. يعقوب يوسف الكندري

كلية العلوم الاجتماعية

قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية

جامعة الكويت

2003

مجلس النشر العلمي

لجنة التأليف والتعريب والنشر

فهرسة مكتبة الكويت الوطنية

الكندري، يعقوب يوسف

الثقافة ، والصحة ، والمرض رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة

يعقوب يوسف الكندري - ط ١ - الكويت : جامعة الكويت ، ٢٠٠٣م .

ص ؛ ٢٤ x ١٧سم

ببيلوجرافيا : ص ٢٧٨

ردمك : ٧-٠٧٩-١-٩٩٩٠٦

١ - الأنثروبولوجيا الطبية ٢ - الأنثروبولوجيا الثقافية أ . العنوان

ديوي ٤٦١ ، ٣٠٦

ردمك : ISBN : 99906-1-079-7

رقم الإيداع : Depository Number: 2003 / 00031

ردمك : ٧-٠٧٩-١-٩٩٩٠٦

فهرس المحتـــويات

الموضوع	الصفحة

قـائمة الجداول

مقدمة

جين Jean امرأة مطلقة حديثاً ، وأم لثلاثة أطفال ، تبلغ من العمر ٤٢ عاماً . لاحظت خلال الأسابيع الثلاثة الماضية أنها فقدت من وزنها ما يقارب ١٣ رطلاً ، علماً أنها قد حافظت على وزنها بشكل طبيعي ، وبدون تغير منذ تخرجها من الثانوية العامة . لم يكن فقدان جين لوزنها جراء تمرينات رياضية ، أو تقليل الوجبات الغذائية ، أو من هذا القبيل . وهكذا فقد بدأت جين تعلق على وضعها الصحي ذاهبة إلى أن هناك عدة أسباب محتملة من الممكن أن تكون علة في فقدانها لوزنها خلال هذه الأسابيع الثلاثة الماضية ، فقد يكون أحد الأسباب هذه هو الحالة النفسية التي تعاني منها بسبب عدم الانتهاء من إجراءات الطلاق ، وقد يكون بسبب عدم التكيف مع الوضع المعيشي الجديد مع أطفالها بعد الطلاق ، أو بسبب ضغوط العمل . والطلاق أمر آخر قد يكون أيضاً سبباً في فقدان الوزن ، والذي قد لا تريد جين التفكير به جدياً من الممكن أن يكون فقدان الوزن مؤشراً لحدوث حالة مرضية خطرة . وكعادتها ، قررت أن تذهب إلى الطبيب للعلاج . لقد فقدت التأمين الصحي الخاص بها بعد طلاقها ، ولم تستطع أن تحصل على آخر نظراً لوضعها الوظيفي ، واعتقدت أن الإجراءات الطبية لن تزيد عن مائة دولار ، أخبرها أحد الأصدقاء بأن هذه الإجراءات سوف تكلف أكثر من ذلك بكثير ، وقد تصل إلى ألف دولار . وبما أن جين لم تكن تملك هذا المبلغ من المال فقد اضطرت لإلغاء موعدها مع الطبيب ، واعتبرت فقدان الوزن أمراً اعتياديا إلى أن اكتشفت في أحد الأيام أن فقدان الوزن كان أحد مؤشرات الإصابة بالسرطان ، فتفاقم وضعها الصحي ، وتوفيت بعد فترة ، وبقي الأطفال الثلاثة في وضع اجتماعي صعب بعد

زواج والدهم واستقراره[1] .

من خلال هذه القصة السابقة يمكن استخراج عدد من المتغيرات الاجتماعية والصحية ، ويمكن حصرها في العمر ، الحالة الاجتماعية ، الوضع المعيشي ، الوزن ، الصحة ، الرعاية ، التأمين الصحي ، السرطان ، الفقر ، وغيرها . وهكذا نرى أن الروايه بدأت بوضع صحي متردٍّ ظهر في فقدانها لوزنها ، مروراً بوضع اجتماعي واقتصادي صعب أدى في النهاية لوفاتها نتيجة لعدم الذهاب للطبيب في الوقت المناسب ، فاجتمعت المتغيرات الثقافية للتأثير على الوضع الصحي الخاص بها ؛ فالعمر الذي أصيبت فيه في بالسرطان ، والظروف النفسية الخاصة التي مرت بها ، وفقرها وفقدانها للتأمين الصحي ، والوضع الاجتماعي الخاص بالأولاد جميعها عوامل أسهمت في تفاعل متغيرات ثقافية سببت حدوث المرض .

ومن هذا المنطلق ، فإن هذا الكتاب يحاول التركيز على الجوانب الصحية والتأثير الثقافي على هذه الجوانب ، فيدور الكتاب «الثقافة والصحة والمرض» حول التأثير الثقافي على الوضع الصحي ، وذلك من خلال رؤية أنثروبولوجية خاصة في المجتمعات المعاصرة . فقد خرجت الأنثروبولوجيا بثوبها الجديد إلي دراسة المجتمعات الحضرية والصناعية ومجتمعات المدنية بعدما كان اهتمامها محصوراً في دراسة المجتمعات البدائية ، فبدأت تعنى بدراسة المجتمعات الأكثر تعقيداً من منطلق ذاتي ومقارن ، وخرجت الدراسات الطبية الحديثة لتعكس هذا الاهتمام الذي بدأ التركيز عليه بشكل كبير خاصة في الأدبيات الحديثة . وعليه فإن هذا الكتاب يحاول

(١) أورد هذه القصة Kaplan (1993) في كتابه : Health and Human Behavior مع بعض التعديل .

أن يعطي صورة من صور التفاعل بين الثقافة والصحة ، ويقصد بالثقافة كل العوامل والمتغيرات الاجتماعية والنفسية والسياسية والاقتصادية والدينية وغيرها من العمليات الاجتماعية ، بينما يقصد بالصحة تلك العوامل البيولوجية والوراثية والمرضية والوبائية وغيرها من الاوضاع الصحية للإنسان ، وذلك لمحاولة الكشف عن عملية التفاعل بين هذين العنصرين ودور الأنثروبولوجيا المعاصرة في معالجة هذه العلاقة التفاعلية . وقد استحدث علماء الانثروبولوجيا طرق بحث جديده حاول هذا الكتاب عرضها بشيء من التفصيل . فالثقافة - محور اهتمام الأنثروبولوجيا- هي سبب رئيسي عن الأعراض المرضية التي يحاول الكتاب الكشف عنها .

ولعل أهمية هذا الموضوع تبرز في النقص الكمي في الأدبيات الأنثروبولوجية الطبية بشكل عام ، والنقص الكمي في اهتمامات الباحثين في الدراسات البينية المرتبطة بالصحة بشكل خاص ، فهذا الكتاب يعتبر أساسا رابطاً بين أجزاء متعددة من العلوم الاجتماعية والصحية تتوسط الأنثروبولوجيا وتشكل محور معالجاتها . ولقد ظهر اتجاه علمي بيني حديث سُمّي ببيولوجيا المجموعات السكانية ، وهو ذلك الفرع الرابط بين العلوم الاجتماعية والصحية بريادة أنثروبولوجية ، حاول المهتمون به إدراك الجوانب الثقافية ، وربطها بالجوانب الصحية باستخدام منطلقات فكرية مستمدة من هذه العلوم ضمن دائرة الثقافة الإنسانية ، والتي تعتبر الأنثروبولوجيا من أبرز اهتماماتها . فعلى حدّ علم الباحث ،لم يظهر هذا المصطلح -بيولوجية المجموعات السكانية- في الأدبيات العربية ، وذلك لسبب بسيط ، وهو ندرة المتخصصين في مجال الأنثروبولوجيا البيولوجية ، أو حتى في مجال الأنثروبولوجيا

الطبية . فهذا النوع من المعرفة انتشر مؤخراً في المجتمعات المتقدمة دون أن يكون له وجود في الأوساط والأدبيات العربية ؛ ولذلك تبرز أهمية هذا العمل ، من خلال سد جانب من جوانب المعرفة المهمة والمتعلقة في أحد مجالات الأنثروبولوجيا المعاصرة ، والمتمثلة -كما سبقت الإشارة- بقضايا الصحة والمرض والتأثير الثقافي عليها .

فالكتاب يعتبر رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا وتداخلها مع فروع من المعرفة كما تراها الأدبيات الحديثة ، انطلقت لتشاركها في موضوعات موحدة ، وذلك انطلاقاً من نظرتها الشمولية والتكاملية للمعرفة الإنسانية . ولعل أهمية الكتاب تبرز أيضا في كونه محاولة من المحاولات التي تسعى للربط بين قضايا صحية ممزوجة بتحليلات ثقافية اجتماعية ، حيث إن كثيراً من الأدبيات الخاصة والمتعلقة بالصحة والأمراض الشائعة لا تخرج عن كونها تحليلات صحية طبية جينية وراثية . فهي لا تخرج عن إطار المعالجة البيولوجية للموضوع . وإن تعدت ذلك في اتجاه المعالجة الثقافية ، فإن التحليلات الثقافية تعتبر محدودة لهذه الأمراض والإشكالات الصحية ؛ ولذلك فإن هذا الكتاب يعتبر من المحاولات التي تبرز وضع البعد الثقافي الاجتماعي في معالجة الأمراض والمشكلات الصحية التي تواجه الإنسان ، ليس في المجتمعات التقليدية فحسب ، وإنما تعالج الأمراض الإنسانية في المجتمع المعاصر والمجتمع الحديث الذي يتعرض إلى عدد من التغيرات الاجتماعية والثقافية .

ولعل ما يزيد من تأكيد أهمية الجوانب الثقافية في دراسة المشكلات الصحية هو التعريف الذي بدأ المختصون والمهتمون بإطلاقه على مفهوم الصحة . فالصحة أصبح ينظر إليها على أنها تشمل ثلاثة أبعاد رئيسية تتمثل في الوضع الجسدي ،

والنفسي ، والاجتماعي . فالاعتلال الجسدي ، أو النفسي أو الاجتماعي هو لاشك تدهور في الأوضاع الصحية لدى الفرد أو المجتمع ، ومن ثم فإن مناقشتها في إطارها الشمولي هو الأساس .

إضافة إلى ذلك كله ، فالكتاب يعتبر محاولة من المحاولات التي تهدف إلى التركيز على التغيرات المنهجية والنظرية والتطبيقية التي حدثت للعلم منذ بداية تأسيسه باعتماده على الدراسات الخاصة في المجتمعات البدائية إلى الوضع الحالي الذي وصلت إليه الأنثروبولوجيا في دراستها للمجتمعات المحلية الحديثة ودراستها لبعض المشكلات الاجتماعية الصحية ذات الارتباط بالوضع السائد في المجتمعات المتقدمة . فهو عبارة عن توضيح لإسهام الأنثروبولوجيا في أحد مجالاتها في الوقت الراهن .

ومن خلال هذه الأهداف العامة فالكتاب يحاول أن يجيب عن مجموعة من التساؤلات الخاصة . فهو يحاول الإجابة عن ماهية أبرز الاتجاهات الحديثة في الدراسة الأنثروبولوجية والتي تتعلق بالأوضاع الصحية ، وأبرز الدراسات والاهتمامات الأنثروبولوجية الصحية في الوقت الحاضر وما الجذور التاريخية للأنثروبولوجيا في الاهتمامات الخاصة بالصحة والمرض؟ وما التغير الذي أصاب هذه الاتجاهات؟ وما الأسباب التي دعت الأنثروبولوجيا لتبني الاتجاه البيني للدراسات التي تتعلق بالصحة؟ وإلى أي مدى نجحت في ذلك؟ وما أبرز إسهامات الأنثروبولوجيا في مجال الدراسات البينية المتعلقة بالصحة والمرض؟ وكيف يمكننا أن نعرف مفهوم الصحة من وجهتي نظر الأنثروبولوجيين والمهنيين في العلوم الطبيعية؟ وما أبرز العوامل الثقافية التي تسبب حدوث الأمراض؟ وما الأساس

البيولوجي والثقافي للاختلافات الصحية والمرضية في المجتمعات الإنسانية؟ وكيف نشأت هذه الاختلافات ، وما تأثيرها على الوضع الصحي؟ وكيف تلعب الضغوط الاجتماعية والنفسية من حيث كونها أبرز خصائص المجتمع الحديث في إحداث أعراض مرضية تؤثر على صحة الفرد ومن ثم المجتمع؟ وما دور هذه الضغوط على الصحة الجسمية؟ وما أبرز الأمراض العصرية المزمنة المنتشرة في المجتمع الحديث؟ وما أسباب انتشار هذه الأمراض في هذا الوقت بالتحديد؟ وما العوامل الاجتماعية والثقافية لحدوث مثل هذه الأمراض؟ وما أسباب ما يسمى بالانتقال الوبائي؟ .

فالكتاب محاولة للإجابة على مجموعة من الأسئلة ذات الصلة بعملية التغير الاجتماعي والثقافي ، وعمليات التحديث التي طرأت على المجتمعات العصرية ، والتي سببت بعض العوامل الأساسية في حدوث كثير من الأمراض في هذه المجتمعات . إضافة إلى أنه محاولة للكشف عن دور الأنثروبولوجيا في مجال الدراسات البينية للقضايا المتعلقة بالصحة والمرض وتحديد الفرع الانتقالي الذي يسمى : «بيولوجيا المجموعات السكانية» ، ودوره في معالجة الأوضاع الثقافية والصحية في هذه المجتمعات . فلم تعد الأمراض والقضايا والمشكلات الخاصة بالصحة قضايا طبية فحسب ، إنما اقتحمت الدراسات الاجتماعية مجالاً واسعاً لمعالجة مثل هذه القضايا ، ومن أهم هذه الدراسات هي الدراسات الأنثروبولوجية . فالكتاب محاولة لتقديم رؤية جديدة خاصة في مجال الأنثروبولوجيا للقضايا الصحية والطبية يسعى من خلالها للإجابة عن تلك الأسئلة المطروحة .

وتعد هذه الدراسة- وهذا الكتاب- دراسة مكتبية حاول الباحث من خلالها الاستعانة بما تيسر له مراجعته مما كتب عن الموضوع قدر المستطاع . فقد قام الباحث

بالإطلاع على الأدبيـات التي عنيت بـالنهج التـداخلي بين الجـوانب الثـقـافيـة والاجتماعية من جهة والقضايا الصحية من جهة أخرى . ومن المفيد في هذا الصدد أن نشير إلى الصعوبة البالغة التي واجهها الباحث في الأدبيات العربية ذات الصلة بهذا الموضوع ؛ لأن الدراسات التي اعتمدت على التحليل الثقافي والصحي تعد نادرة على المستوى العربي والمحلي كما أسلفنا ؛ ولذلك كان جل الاهتمام والتركيز منصباً حول الدراسات الغربية الحديثة . حيث زخرت المكتبة الغربية بكم هائل من الدراسات الثقافية الصحية التي تناولت هذه النوعية من المشكلات والربط المشترك بينها . ولقد حاول الباحث -قدر الإمكان- تسخير هذه الأدبيات للإجابة عن التساؤلات العامة التي طرحها الكتاب ، والاستفادة من المراجع العربية ذات الصلة بالقضايا الاجتماعية والطبية ، وإبراز الدور الثقافي من خلال التحليلات العلمية المتعددة .

وقد اعتمد الباحث أيضاً في بعض جوانب الكتاب على بعض الإحصاءات المعتمدة وتحليلها ، والتي تم الحصول عليها من مواقع متعددة مثل منظمة الصحة العالمية WHO وبعض مستشفيات ومؤسسات الصحة في الكويت وغيرها من المؤسسات الصحية . فكانت تحليلاً كمياً لبعض المعلومات الخاصة ببعض الأغراض الصحية المنتشرة في المجتمع الدولي وفي المجتمع المحلي . وعلى الرغم من بعض التحليلات الكمية ، فإن الطابع البحثي الكيفي هو الغالب على هذا الكتاب .

وانطلاقاً مما سبق ، فالكتاب يعرض ثمانية فصول رئيسية من خلال أبواب ثلاثة رئيسة تتخللها بعض التشعبات والأجزاء ذات الصلة والارتباط . ففي الفصل الأول ، حاول الباحث أن يقدم أساسيات عامة ، وخلفية خاصة لمفاهيم أساسية

لمحتوى الكتاب ، مثل الصحة ، والمرض ، والثقافة ، إضافة إلى التركيز على بدايات الأنثروبولوجيا في الاهتمام بمجال الصحة والطب والتطبيب وارتباطها بالجوانب الثقافية . فقد أشار هذا الفصل إلى جوانب تعريفية مهمة خاصة بمجال الكتاب ، والتي تعد أرضية لفهم بقية فصوله . وكان لزاماً على الباحث أن يوضح التطور المعرفي والنوعي للعلم ، وذلك من خلال توضيح أحد أبرز الاتجاهات البحثية وأحدثها في مجال الأنثروبولوجيا ، والمسمى بالعلم الانتقالي ذي الطابع البيني والمتمثل في بيولوجيا المجموعات السكانية . فجاء الفصل الثاني مركزاً على تطور هذا الفرع من المعرفة ، والذي اشتقت جذوره من الأنثروبولوجيا وميادين العلوم الطبيعية معاً . فقد أوضح هذا الفصل أبرز الاتجاهات الفكرية والنظرية والمنهجية لهذا الفرع الجديد من المعرفة ، وكيف بدأ هذا الفرع يتوغل في مجال الدراسات الحديثة التي تتناول الجانبين الطبي والاجتماعي الثقافي . فوضح هذا الفصل كيف كان اللقاء الذي جمع هؤلاء المختصين ، ثم بدأ بالحديث عن علاقة هذا الفرع ودوره في معالجة القضايا والمشكلات الصحية العصرية المزمنة المتمثلة في أمراض شرايين القلب ، وضغط الدم ، وأمراض السرطان والسكري . ونتيجة لذلك التلاقح العلمي برزت تلك المحاولة التي اختصت بها الانثروبولوجيا في هذا المجال من الدراسات الحديثة ؛ فهي انطلاقة جديدة لهذا النوع من الأبحاث .

أما الفصل الثالث من هذا الكتاب ، فقد تناول الأساس البيولوجي والثقافي للاختلافات الفيزيقية للمجموعات العرقية في الثقافات الإنسانية المتعددة والمنتشرة . فبدأ الفصل بتعريف الجماعة العرقية ، وكيفية ظهورها ، وأهم سماتها ، متناولاً الاختلافات العرقية في المجموعات السكانية . ثم عرض الكتاب إلى مفهوم

ثقافي مهم ارتبط بالوضع الاجتماعي والصحي السائد والمتمثل في الاندماج الثقافي ، وماذا تعني هذه العملية التغييرية ، ثم عرض إلى محاولة تحديد عوامل الاختلافات البيولوجية والثقافية للمجموعات السكانية ، ومن ثم الحديث بشكل مباشر عن وجود الاختلافات السكانية في التعرض للأمراض ، وكيف تتعرض هذه المجموعات السكانية إلى مجموعة متباينة من الأمراض فهذه الفصول الثلاثة الأولي شكلت اللبنة النظرية الأساسية لهذا الكتاب ، والتي اعتبرت مدخلاً عاماً لدراسة الثقافة وعلاقتها بالصحة العامة .

أما الفصل الرابع ، فقد انصب التركيز فيه على تأثير عوامل التغير الاجتماعي والثقافي وعمليات التحضر والتحديث على الصحة العامة ، والمتمثلة في الغذاء ونمط التغذية والتأثير الثقافي عليها . فيعرض هذا الفصل الغذاء على أنه جزء من ثقافة المجتمع ، وكيف يؤدي هذا الغذاء إلى حدوث أمراض عصرية متعددة . وقد تناول هذا الفصل أيضا مشكلة صحية أساسية ارتبطت بالغذاء وهي السمنة ، وزيادة حجم الجسم ، والتي اعتبرت من أبرز الأسباب المؤدية إلى إحداث المشكلات الصحية المتعددة . فالغذاء والتغير في الكم والنوع ، والثقافة الإنسانية ، والسمنة وتأثرها بالبيئة المحيطة هي أبرز مجالات هذا الفصل .

ويبدأ الفصل الخامس بتحديد دور العوامل والمحددات الثقافية في حدوث ما يسمى بالأمراض الوبائية وانتشارها . فبدأ الفصل في تحديد العلاقة المباشرة بين علم الأوبئة والثقافة الإنسانية ، ومدى العلاقة أيضا بين علم الأوبئة وبين الأنثروبولوجيا بالتحديد بكونها علماً يهتم بدراسة الثقافة الإنسانية . كما يحدد هذا الفصل مجال الدراسات الوبائية ذلك العلم الذي يهتم بانتشار وحدوث الأمراض ، ثم ينتقل هذا

الفصل إلى تحديد عدد كبير من بعض العوامل الثقافية التي تؤثر في حدوث الأمراض الوبائية المنتشرة مثل الوضع الاقتصادي ، والبناء الأسري ، والدور الاجتماعي ، والزواج وعاداته وتقاليده ، والسلوكيات الجنسية والسياسة السكانية ، والحمل وممارسات الولادة ، والممارسات الخاصة برعاية الأطفال ، والتغذية ، والصحة النفسية والوظيفية وغيرها من المتغيرات والعوامل الثقافية المتعددة . ويستكمل الفصل السادس جانبا آخر من الجوانب والعوامل الثقافية المسببة في حدوث الأمراض والمتمثلة في الضغوط الاجتماعية والنفسية التي يمر بها الإنسان في المجتمع الحديث . فبدأ الفصل بالتعريف بالضغوط ومصادرها وعلاقتها بالأوضاع الصحية الخاصة بالفرد ، ومن ثم الحديث عن كيفية حدوثها ووسائل الدعم الاجتماعي المتاحة للفرد ، وأثرها في حدوث هذه الضغوط ، ومن ثم التأثير على الوضع الصحي .

أما الفصل السابع من الباب الثالث ، فعرض لعملية الانتقال الوبائي من خلال الانتقال من الأمراض المعدية إلى الأمراض العصرية المزمنة . فيعرض هذا الفصل المراحل التي تمر من خلالها عملية الانتقال من نوع إلى أخر ؛ حيث حدثت أمراض عصرية أكثر خطورة ، وانتشرت بصورة كبيرة في المجتمعات الحديثة . فبدأ الفصل بالحديث عن الأمراض العصرية المزمنة ابتداء من التعريف لهذه الأمراض ، ثم الحديث عن أبرز العوامل الثقافية المسببة لحدوث هذه الأمراض متطرقاً إلى أمراض شرايين القلب ، ومرض ارتفاع ضغط الدم ، مروراً بمرض السرطان ، واختتاماً بمرض السكري ، وتحديداً من النوع الثاني .Type II ولقد تم عرض التأثير البيئي لهذه الأمراض دون التركيز على الجوانب الوراثية والجينية . فهذه الأمراض تعتبر من

أشد الأمراض وأكثرها انتشارا وفتكا في المجتمع الحديث ؛ ولذلك كان لزاماً في هذا الجانب التركيز على هذه الأمراض بالتحديد دون التعرض إلى الأمراض الأخرى . وقد تم الحديث عن أمراض أخرى في محتوى هذا الكتاب دون الدخول في تفاصيل دقيقة مثل ما جاء في هذا الفصل .

وتم الانتهاء من عرض هذه الفصول بفصل ثامن أخير هو خاتمة احتوت تلخيصاً لما سبق بداية ، ثم كان عرض تحليلي عن علاقة الأنثروبولوجيا بالعلوم الطبيعية ذات الاهتمام المشترك في معالجة ودراسة المشكلات الصحية في المجتمعات الإنسانية ، وانطلاق الأنثروبولوجيا من دورها الريادي في تبني الدراسات البينية في هذا المجال . فتم اختيار بعض الأمثلة من المجلات العلمية البارزة في هذا المجال ، ودور الأنثروبولوجية وإسهاماتها في الدراسات البينية . فتم تلخيص دور بيولوجيا المجموعات السكانية الرائد في عملية جمع العلوم وأطرها المنهجية والنظرية في قالب واحد وتحت مظلة واحدة ، وتحديد أطرها العامة في هذا النوع من الدراسات ، ثم اختتم هذا الفصل بعرض الوضع الراهن في الوطن العربي ، والنقص في الدراسات البينية ، والنقص في اللقاءات التي تحاول أن تشترك في قالب واحد وتحت مظلة واحدة . فمن خلال هذه الفصول يتم تحديد العلاقة التفاعلية بين الثقافة والصحة والمرض ، والرؤية الأنثروبولوجية في هذه العلاقة المتبادلة وهو موضوع الكتاب .

حاول الباحث من خلال العرض السابق أن يوضح بحثة بالأمثلة والاستشهادات من واقع الثقافة المحلية والخليجية . وحيث يعتبر المجتمع المحلي والخليجي من المجتمعات التي مرت بعمليات تحديث وعمليات تغير اجتماعي

وثقافي سريع ، فإن عملية تأثره بأوضاع صحية مشابهة للأوضاع الصحية في المجتمعات المتقدمة مسألة محتومة ؛ ولذلك حاول الكتاب في بعض من أجزائه تسليط الضوء على هذه القضايا الصحية والمرضية في المجتمع المحلي إضافة إلى عرض بعض المشكلات الصحية المحلية الخاصة .

ولا شك أن تصميم دراسات خاصة بالمجتمع المحلي يعد من المسائل المهمة والملحة لربط القضايا الصحية والطبية بالمسائل الاجتماعية . فالوضع الراهن يحتاج إلى عدد من هذه النوعية من الدراسات التي يعاني مجتمعنا من النقص الكبير فيها ، ويحتاج إلى جهود مشتركة في تطوير سبل العمل نحو قضايا الاندماج والدراسات البينية . وهذا الكتاب يعتبر محاولة من المحاولات التي تبرز دور الأنثروبولوجيا المعاصرة في معالجتها لهذه القضايا ، التي آمل أن يكون قد حقق جزءاً من هذا الهدف العام والمطلوب . وأخيراً وليس آخراً ، آمل أن أكون قد وفقت في عرض المادة بالطريقة المناسبة ، وآمل أن تكون هذه بداية لانطلاقة جديدة في مجال الدراسات الأنثروبولوجية الحديثة التي تعالج القضايا المعاصرة في مجال الثقافة والصحة والمرض ؛ فالطب والتطبيب والمعالجة والصحة هي منطلقات خرجت من رحم الثقافة الإنسانية التي عالجتها الأنثروبولوجيا المعاصرة .

الباب الأول

مدخل عام لدراسة الثقافة وعلاقتها بالصحة العامة

General Introduction to Study Culture and its Relations to Public Health

الفصل الأول

المدخل إلى: الثقافة والصحة والمرض

Culture, Health, and Illness

الفصل الأول

المدخل إلى: الثقافة والصحة والمرض

Introduction to Culture, Health, and Illness

مقدمة :

بدايةً ، يجب أن نسلط الضوء قليلاً على الأنثروبولوجيا من حيث هو علم مستقل تندرج الأنثروبولوجيا الطبية تحت مظلته ، وقبل الدخول إلى دراسة تفصيلية بخصوص هذا الفرع المتمايز من علم الأنثروبولوجيا العامة ، يجدر بنا الإشارة إلى ما يعنيه علم الأنثروبولوجيا العامة بدراسته ، وما تعنيه كلمة أنثروبولوجيا .

الأنثروبولوجيا كلمة إغريقية الأصل مركبة من كلمتين anthropos والتي تعني إنسان ، و logia والتي تعني علماً أو دراسة أو معرفة . فالكلمة المركبة تعني «علم دراسة الإنسان» . وهنا قد يبادر الكثيرون إلى التساؤل عما يميز هذا العلم عن غيره من العلوم الأخرى . فالعلوم ، كعلم النفس ، الاجتماع والتاريخ والبيولوجيا والجغرافيا والطب والهندسة ، وغيرها من العلوم جميعها تهتم بالإنسان . فما الذي يفرق هذا العلم عن العلوم الأخرى؟ وإننا حين ننظر إلى تلك العلوم المختلفة فإننا نرى أنه على سبيل المثال ، علم الاجتماع يعنى ويهتم بدراسة العلاقات الاجتماعية الإنسانية ، ويهتم بدراسة المشكلات الاجتماعية ، ويحاول أن يسهم في إيجاد حلٍ لها . وعلم النفس هو ذلك العلم الذي يهتم بدراسة السلوك الإنساني ، وعلم التاريخ يهتم بدراسة التاريخ الإنساني ، والاقتصاد يهتم بدراسة السلوك الإنساني الخاص بالاستهلاك ومعرفة العرض والطلب ، والطب يحاول أن يجد الحلول في

رفع المستوى الصحي الإنساني ، إلى ما هنالك من العلوم التخصصية الأخرى . فجميع هذه العلوم تهتم بدراسة الإنسان .

ويلاحظ أن هذه العلوم تُعنى بدراسة الإنسان من جوانب متعددة ، إلا أنها ليست جوانب شاملة . بمعنى أن هذه العلوم تختص بدراسة الإنسان في إطار علمي محدد وفق أسس منهجية ونظرية محددة تقوم عليها . وعلى الرغم من أن تلك العلوم يعتمد كل منها على الآخر اعتماداً مباشراً ، وذلك تحت خطة ما يسمى بالعلوم البينية interdisciplinary approach ، فإن كل علم وكل فرع من المعرفة له قواعده العلمية ومناهجه المحددة التي انطلق منها ، والذي جعل هذا النوع من المعرفة يهتم بجانب من الجوانب التي تقدم المنفعة للإنسان بكونه الكائن البسيط على العموم . أما الأنثروبولوجيا فهي ذلك العلم الذي يعنى بدراسة الإنسان من جميع جوانبه سواء أكانت فيزيقية ، أو ثقافية ، أو اجتماعية ، أو تاريخية ، أو نفسية أو غير ذلك . فهو ذلك العلم الشمولي الذي يهتم بدراسة الإنسان من حيث أصله ، وتطوره ، ونموه ، وتنظيماته الاجتماعية والسياسية ، وديانته ، ولغته ، وفنونه ، وصناعاته . فهو ذلك العلم الشمولي الذي استُلهم فاستمدت المنهج والنظرية من هذا المنطلق الشمولي في دراسة الإنسان .

هذه الشمولية تستمد من خلال فروع الأنثروبولوجيا المختلفة ، والتي تشكل جسراً بين العلوم الاجتماعية والإنسانية والطبيعية والطبية وغيرها من العلوم . فهي تعني ببيان أثر الجوانب الاجتماعية في الظواهر والجوانب الاقتصادية والصحية والدينية والسياسية وغيرها من الجوانب المتعلقة بالإنسان . فللأنثروبولوجيا فروع متعددة ، ويمكن تقسيمها على الوجه الآتي :-

١- الأنثروبولوجيا الفيزيقية :- وهو فرع يهتم بدراسة تطور الكائن الإنساني ، والتنوعات البشرية الموجودة في الزمن الحالي أو في الماضي . فهما القسمان الرئيسان للأنثروبولوجيا الفيزيقية . وتأتي المجالات الأخرى ضمن هذين القسمين مثل مجال دراسة الإنسان ما قبل الحفري ، العظام والأسنان ، الرئيسيات ، الوراثة البشرية وغيرها من مجالات اهتمام هذا الفرع . فهو فرع يهتم بالجوانب الفيزيقية للإنسان ، ويعتمد على منهجية ونظريات تتوافق مع المجال البحثي العام .

٢- الأركيولوجيا :- وهو ذلك الفرع الذي يهتم بالبحث والتنقيب عن البقايا العظمية والنتاج الصناعي والمخلفات الأثرية التي تركها الإنسان ، وذلك لمحاولة الكشف عن تطور وتاريخ الثقافة الإنسانية . فالبقايا التي يعثر عليها الأركيولوجي تعتبر المفتاح الأساسي لفهم السلوك الإنساني والثقافة الإنسانية عبر فترة زمنية معينة ومحددة . فالباحث في هذا المجال يعتمد على طرق منهجية ونظرية محددة .

٣- الأنثروبولوجيا الاجتماعية الثقافية : - علم يهتم بوصف وتحليل السلوك الإنساني ضمن إطار الثقافة التي ينتمي إليها ، وهو ذلك الفرع الذي يهتم بمقارنة المجتمعات والثقافة الإنسانية . ويحتفظ هذا الفرع بأطر نظرية ومنهجية مولدة من العلوم الاجتماعية .

وتعتبر الأنثروبولوجيا الاجتماعية الثقافية من نوع المعرفة المتسعة ، وذلك لسبب بسيط وهو اندراج مفهوم الثقافة تحت مظلته . فالثقافة -كما سنرى فيما بعد- مفهوم متسع جداً تندرج تحت مظلته كثير من العلوم . ولذلك ظهرت كثير

من التخصصات الفرعية التي ربطها علماء الأنثروبولوجيا ووضعوها تحت المظلة الكبرى للأنثروبولوجيا الثقافية والاجتماعية ، فظهر ما يسمى بالأنثروبولوجيا النفسية -بحكم كونها تابعة ووليدة الثقافة- ، وظهر أيضاً ما يسمى بالأنثروبولوجيا السياسية ، واستمدادها مفاهيم خاصة بالسياسة والتركيز على مفاهيم الثقافات المتعددة ، وخدمة الاستعمار ، وظهر ما يسمى بالأنثروبولوجيا الاقتصادية ، والأنثروبولوجيا الدينية ، وغيرها من الفروع التي ربطت الأنثروبولوجيا من حيث كونه علماً بفروع المعرفة الأخرى بحكم كونها تهتم بدراسة الثقافة الإنسانية ، وكذلك ظهر ما يسمى بالأنثروبولوجيا اللغوية على أنها مجال بارز في الدراسات الأنثروبولوجية الثقافية ، وهي ذلك الفرع الذي يحاول الربط بين الثقافة واللغة وإيجاد العلاقات الثقافية الخاصة بهما . ولعل كثرة مجال البحوث والدراسات في هذا المجال قد أعطى الأنثروبولوجيا اللغوية منطلقاً آخر أبرزها فرعاً شبه مستقل يقع تحت مظلة الأنثروبولوجيا العامة . فلقد قسمت كثير من الأدبيات العربية الحديثة هذا الفرع على أنه الفرع أو القسم الرابع من الأنثروبولوجيا العامة ، فاستحدثت مفاهيم متعددة من فروع مختلفة ، ودمجتها لخدمة الأنثروبولوجيا الثقافية والاجتماعية في محاولة لفهم أفضل للإنسان .

ولعل أحد أبرز هذه الفروع الحديثة للأنثروبولوجيا هو ما يسمى بالأنثروبولوجيا الطبيعية . التى تعتبر واحدة من أحدث العلوم التي ظهرت في مجال الأنثروبولوجيا ، وأثارت العديد من الاهتمامات العلمية والبيئية (Baer et. al., 1997) . وتوضيحاً للصورة فإن الأنثروبولوجيا الطبية التي تندرج تحت هذا الفرع من الأنثروبولوجيا العامة . تتحدث وتركز على الأفراد والمجموعات

السكانية المتعددة في ثقافات مختلفة وكيفية تعرضهم وتفاعلهم مع الصحة والمرض . وكذلك تهتم بطرق المعالجة التي يعتقدون جدواها ويمارسونها ، ولمن يرجعون ويلجأون إذا ما أصابهم المرض . وتركز أيضاً على دراسة كيفية ارتباط المعتقدات والممارسات للكائن البشري مع التغيرات الاجتماعية والبيولوجية ، والنفسية فيما يخص الصحة والمرض ، وذلك ضمن محيط الثقافة . فالأنثروبولوجيا الطبية تحاول أن تسلط الضوء على ما تقوم به الأنثروبولوجيا الثقافية ، وذلك من خلال وصف وتحليل السلوك الإنساني المرتبط بالصحة والمرض من جهة ، واستمدادها المعرفة في مجال العلو م الطبية من جهة أخرى . إضافة إلى اهتمامها بقضايا الصحة والمرض في الثقافات الإنسانية المختلفة . وقبل الدخول في تفاصيل هذا الموضوع يجب علينا أن نحدد مفهوم الثقافة وماذا نعني بها .

مفهوم الثقافة :

هناك تعريفات متعددة للثقافة . فقد عرفها كثير من علماء الأنثروبولوجيا ، ولعل أحد أهم وأبرز التعاريف الخاصة بالثقافة هو تعريف إدوارد تايلور الذي حددها بأنها ذلك الكل المركب الذي يشمل المعرفة والمعتقدات والفن والأخلاق والقانون والعادات القدرات والعادات التى يكتسبها الفرد كونه عضواً في مجتمع . فالثقافة عبارة عن مجموعة من الأفكار المشتركة ، ومنظومة من المفاهيم والقوانين والمعاني يقوم بها ، ويُعبر عنها بطريقة معينة مجموعة من الأشخاص داخل مجتمع معين . (Helman, 1997) فالثقافة كل متكامل من السلوكيات والعادات والمعتقدات والممارسات الإنسانية داخل المجتمع .

هذا الكل المتكامل عن خطوط إرشادية يتوارثها الأفراد لأنهم أعضاء في مجتمع محدد . وهي بدورها ترشدهم للنظر إلى العالم ، ويتعاملون عاطفياً مع المتغيرات والمعطيات المختلفة . وهي - أي الثقافة - تحدد لهم كيف يتصرفون مع غيرهم من الأشخاص ، وكيف يتصرفون مع القوى الفوقية العظمى الإلهية ، وتحدد لهم أيضاً طريقة التعامل والتفاعل مع البيئة الطبيعية التي تحيط بهم ، وهي تزودهم بالطريقة التي من خلالها ينقلون هذه الخطوط الإرشادية إلى الأجيال القادمة ، وذلك بواسطة استخدام الرموز ، اللغة ، الفن والطقوس (Helman, 1997) .

ينشأ الفرد داخل إطار الثقافة ، ويغرس القيم الثقافية للمحيط الذي ينتمي إليه ، فتنقل إليه الخبرات الثقافية من خلال جيل الآباء عن طريق ما يسمى بالتنشئة الثقافية enculturation فينمو الفرد في هذا المجتمع حتى يكسب ، ويتزود بما يسمى «بالعدسة الثقافية»(cultural lens) للمجتمع الذي ينتمي إليه . فينظر إلى العالم والمحيط الطبيعي من حوله من خلال هذه العدسة . أحد أبرز المفاهيم لهذه العدسة الثقافية هو تقسيم العالم ، وتقسيم الأشخاص الذين ينتمون إلى هذا العالم إلى عدة تصنيفات مقرونة بأسماء محددة لها . على سبيل المثال ، جميع الثقافات تصنف أعضاءها أو الأفراد الذين ينتمون لها إلى عدة تصنيفات اجتماعية مثل «رجل» «وامرأة ، أطفال وكبار» ،« شباب وشيوخ» « أقارب وغرباء» ، طبقه اجتماعية عليا وطبقه اجتماعية دنيا ، قادر وغير قادر ، « طبيعي غير طبيعي» « صحيح ومريض» . وكل ثقافة لها طرقها في تحريك ونقل أعضائها من تصنيف اجتماعي معين إلى تصنيف اجتماعي آخر (مثل الشخص المريض ، إلى الشخص السليم أو المعافى) .

إن كل مجتمع من المجتمعات يحتوي على أكثر من ثقافة واحدة ضمن حدوده ؛ ولهذا تم إطلاق ما يسمى بالثقافة الفرعية داخل المجتمع . ويمكن تعريف الثقافة الفرعية ببساطة على أنها جماعة من الناس يشتركون في أنماط متميزة من القيم والعادات والمعتقدات وطرق الحياة التي تتمايز في الثقافة الكلية التي تسود المجتمع الأكبر في بعض من الأنماط السلوكية الخاصة بهم (محمد عباس إبراهيم ، ١٩٩٢) . وهو الأمر الذي يحدث نوعاً من التمايز بين المجموعات المختلفة من جهة ، والمجموعة الأم من جهة أخرى . فيظهر بذلك شكل معين من أشكال التمايز الثقافي .

فعلى سبيل المثال ، جميع المجتمعات دون استثناء لها أشكال من مظاهر التمايز الثقافي والمتمثل بالطبقات الاجتماعية من حيث كونها أبرز مظاهر التمايز ، وهذا التمايز يظهر بشكل واضح من خلال السلوك الثقافي لكل طبقة أو فئة ، والتي تنعكس بدورها في الاستخدامات اللغوية ، نوع وطريقة الملبس ، نمط السكن ونمط الغذاء وغيرها من الأمور التي تعكس هذا التمايز . فالفقراء والأغنياء ، أصحاب السلطة والقوة ، والضعفاء كل منهم لديه اتجاهه الثقافي المتوارث . إضافة إلى ذلك كله ، فالرجل والمرأة أيضاً لهما ثقافتهما المتميزة داخل إطار ثقافة المجتمع . ويتوقع لهما أن يؤديا أدواراً ثقافية مختلفة في المحيط نفسه الذي ينتميان له . إن عملية التمايز الثقافي في الثقافات المتعددة تختلف باختلاف المجتمعات . هناك مجتمعات متقدمة تتميز بشيء من التعقيد ، وذلك لكثرة الثقافات المتمايزة فيها . فعلى سبيل المثال نجد مثال الولايات المتحدة ، والمملكة المتحدة اللتان تعتبران مجتمعين معقدين يوجد داخل إطار ثقافتهما الكلية عدة ثقافات فرعية ومتعددة مختلفة الدين ،

والمعتقدات . فهي خليط من أقليات عرقية ودينية ، سياح ، طلبة أجانب ، مهاجرون ، لاجئون سياسيون ، وعمال مهاجرون وغيرهم ممن هم أصحاب ثقافات مختلفة عن الثقافة الأم . كثير من هذه المجموعات السكانية يتداخلون بشكل أو بآخر في المجتمع الأصلي الأكبر عن طريق ما يسمى بالاندماج الثقافي "acculturation" وعلى الرغم من عملية الاندماج ، فإن هناك تمايزاً بين هذه الثقافات والممارسات المختلفة التي يزاولها أصحاب هذه الثقافات ، والتي تختلف مع بعضها من جهة ، وتختلف مع المجتمع الأم من جهة أخرى . كالاختلافات المتعلقة بالتمريض والتطبيب ، على سبيل المثال ، إذ تحتفظ بخصوصيتها وسط هذا الخضم من الثقافات . فهي تختلف بدرجة أو بأخرى مع بقية المجموعات السكانية من جهة ومع الثقافة الأم من جهة أخرى ؛ فلذلك يكون لأفراد هذه الثقافات مفاهيمهم الخاصة ، وقوانينهم ، وتنظيماتهم الاجتماعية حيث أن الخلفية الثقافية لكل مجموعة سكانية لها تأثيرها المهم والفعال في كثير من المفاهيم في حياة الأفراد المتعلقة بمعتقداتهم وسلوكهم وتصرفاتهم وعواطفهم ولغتهم ودينهم وطقوسهم وبنائهم الأسري وغذائهم وملبسهم ، وشكل الهيئة البدنية الخاصة بهم ، واتجاهاتهم الخاصة بالمرض والألم وغيرها من الأمور (Helman, 1997) . إن عملية التغاير أو التعدد أو التنوع وتمايز الثقافات لا يتوافر فقط في المجتمعات المتقدمة فحسب ، بل يوجد أيضاً حتى في المجتمعات التقليدية .

إن ثقافة أي مجتمع من المجتمعات لا يمكن بأي حال من الأحوال أن تكون متجانسة تماماً ؛ ولذلك يجب الحذر من إطلاق التعميمات الخاصة لهذه الثقافة عند وصفنا أو عرضنا لمعتقدات هذه الثقافة الكلية وسلوك أفرادها . فالإنسان لا يستطيع

أن يطلق تعميمات عامة شاملة لكل أعضاء المجتمع الواحد دون النظر إلى الاختلافات بين أعضاء المجموعة الواحدة وبين أعضاء المجموعة الواحدة والمجتمع الذي ينتمون إليه . فلا يستطيع أحد أن يقول إن جميع أفراد المجتمع (x) ، على سبيل المثال ، لا يأكلون اللحم ، أو لحم الخنزير أو لا يدخنون ، أو لا يشربون الكحول . فقد تكون صحيحة بالنسبة للبعض أو للغالبية ، ولكننا لا نستطيع أن نقول هذا عن الكل . فيجب أن نفرق بين مسألتين أساسيتين في هذا الجانب ، وهو ما تسمح به الثقافة وتحرمه على أعضائها ، وبين الممارسة الفعلية لأفرادها (Helman, 1997) .

سبب آخر يجعل إطلاق تعميمات للثقافة الواحدة أمراً بالغ الصعوبة هو أن الثقافة أساساً تتميز بأنها غير ثابتة . الأفراد الذين يعيشون في أي ثقافة عرضه للتأثر بواسطة مجموعات إنسانية أخرى محيطه بهم ، حيث يتكيفون مع البيئة الجديدة ، وتتغير ثقافتهم الأم كما هو مشاهد في كثير من بقاع الأرض . فما هو صحيح وثابت عند الجماعة هذا العام قد لا يكون كذلك في السنة والسنوات القادمة . فهي عملية تأثر وتأثير تعطي صفة عدم الثبات للثقافة في أي مجتمع من المجتمعات (Helman, 1997) .

أحد أهم النقاط التي يجب الالتفات إليها لفهم دور الثقافة هو أننا يجب أن ننظر إلى الثقافة في محيطها المحدد ، أي ننظر إلى ثقافة أية مجموعة سكانية من المجموعات المدروسة في محيطها المحدد . يتألف هذا المحيط من عناصر متعددة تاريخية ، اقتصادية ، اجتماعية ، سياسية وجغرافية . وهذا يعني أن ثقافة أية مجموعة سكانية ، في وقت ما ، تتأثر على الدوام بواسطة عدة عوامل . ولهذا فمن

المستحيل أن نعزل أيّ سلوكيات ومعتقدات ثقافية خالصة عن المحيط الاجتماعي والاقتصادي . فعلى سبيل المثال ، الأشخاص الذين ينتمون إلى ثقافة معينة من يمكن أن يتصرفوا ويسلكوا سلوكاً معيناً مثل أكل نوع معين من الأغذية ، أو العيش في أسرة ممتدة مكتظة ، أو أنهم لا يذهبون إلى الطبيب للعلاج عند شعورهم بالمرض . فمرد مثل هذه السلوكيات الثقافية ليس بالضرورة لأن ثقافتهم تتميز بهذه السمة ، ولكنهم ببساطة فقراء بحيث لا يستطيعون أن يتصرفوا خلاف ذلك . نعم ! من الممكن أن يعانوا من مستوى عال من القلق في حياتهم اليومية ، ولكن هذا القلق ليس لأن الثقافة هي التي جعلتهم قلقين ، إنما لأنهم من الممكن أن يعانوا من محيط يفرض عليهم التمييز العنصري مثلاً يتعرضون لاضطهاد من قبل البعض . فهنا يجب أن ننظر إلى العناصر المحيطة التي جعلت هؤلاء يتصرفون بهذه الطريقة ، وأن ننظر إلى وضعهم الاقتصادي ووضعهم الاجتماعي (Helman, 1997) .

فالعامل الاقتصادي بشكل خاص يلعب دوراً بارزاً ومهماً في وجود المرض حيث يكون الفقر والبطالة سبباً رئيسياً في تغذية سيئة ، ومعيشة مزدحمة في بيت واحد ، وعدم كفاية الملابس ، أضف إلى ذلك الضغوط النفسية في سوء توزيع الثروة بين الأقطار بشكل عام وبين أفراد المجتمع الواحد على وجة الخصوص هو الذي يقود إلى ذلك . ففي دراسة قام بها بلاك روبرت Black Roport سنة 1982 أثبت كيف أن الصحة في المملكة المتحدة ترتبط بشكل واضح مع مستوى الدخل . فالأفراد الذين ينتمون إلى طبقة اجتماعية فقيرة هم الأكثر مرضاً ، وهم الأكثر نسبياً للتعرض للوفاة من الطبقات الغنية . فالوفاة والمرض أمران مرتبطان بالوضع الاقتصادي . وفي الدول النامية والمتخلفة ، يرتبط سوء المستوى الصحي وانتشار

الأمراض وزيادة نسبة الوفيات ارتباطاً وثيقاً بتدني مستوي الدخل مما يؤثر سلباً على نوعية الغذاء والماء والملبس والمسكن والرعاية الصحية . ولقد قام أنترهالتر Unterhalter بدراسة معدلات وفيات الأبناء الرضع بين مجتمعات عرقية مختلفة في جنوب أفريقيا بين عام ١٩١٠ - ١٩٧٩م ، فوجد أن هناك معدلاً عالياً من وفيات الأطفال بين السود وبعض الجماعات غير البيضاء إذا ما قورنوا بالأطفال البيض ، وهو الأمر المرتبط بشكل كبير مع عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية المفروضة بسبب نظام التمييز العنصري هناك (Helman, 1997) .

مفهوما الصحة والمرض :

الصحة والمرض مفهومان متغايران يجاوزان في معناهما البعد الطبي المعروف إلى ما هو أعمق غموراً ليشملا بُعداً ثقافيا اجتماعيا . فالشعور بالصحة ، والاعتدال هي قضية ثقافية تحكمها ظروف المجتمع ومحدداته التي يستمدها من منطلقاته الفكرية ، والتاريخية ، والبيئية . فالصحة كما تعرفها منظمة الصحة العالمية The World Health Organization ليست مجرد غياب الاعتلال أو المرض ، إنما تعني أيضاً الشعور بالحال أو الوضع الحسن والجيد الكامل في القوى العقلية ، والفيزيقية ، والاجتماعية (official Record of WHO, 1948) فحسب تعريف منظمة الصحة العالمية ، فإن هذا المفهوم -أي الصحة- يتعدى معاني الإعاقة أو الاعتلال الفيزيقي والعقلي ، ليشمل أيضاً ما يسمى بالاعتلال الاجتماعي . فالاعتلال الفيزيقي والعقلي والاجتماعي تدخل ضمن هذه الدائرة .

فالصحة أكبر من كونها حالة فيسيولوجية وعاطفية ، فهي مفهوم استحدثه

الإنسان في المجتمعات المتعددة ، وذلك للتعبير عن حالة الشعور بالحالة الجيدة . فيذهب كثير من المتخصصين في الأنثروبولوجيا الطبية على اعتبار مفهوم الصحة بناءً أو تركيباً يتغير معناه بشكل كبير من مجتمع لمجتمع ومن ثقافة لأخرى ، أو من فترة زمنية تاريخية ماضية لأخرى (Baer et. al., 1997) . فمن يشعر بالصحة في مجتمع معين في ظروف معينة ، قد لا يكون كذلك في مجتمع آخر . وما يمكن اعتباره على أنه صحي في الوقت الماضي لا يمكن أن تقوم بقياسه وفق هذا المعنى في الوقت الراهن . فالقضية فيها اختلاف ثقافي بين المجتمعات ، أو حتى في المجتمع الواحد . ونستطيع أن نستدرك كثيراً من الأمور والقضايا التي كانت تمارسها الأجيال السابقة على أنها وضع صحي ، وهي في واقع الحياة الاجتماعية المعاصرة لا تعتبر كذلك . فالقضية هنا تختلف ثقافيا ووفق البناء الثقافي الذي تعيشه المجموعات السكانية .

أما فيما يتعلق بالمرض فإنه يعرف على أنه حالة من حالات التغير غير السوي أو الطبيعي في بناء أو وظيفة أي جزء من أجزاء الإنسان (Anderson, 1985) ، ويمكن الاستدلال على وجود المرض بواسطة ظهور علامات وإشارات خاصة تدل على الإصابة ، ومن الممكن الكشف عنه بواسطة بعض التحليلات الطبية (Brown et. al., 1996) ، وهناك من يميز بين مصطلحات ثلاثة هي المرض Illness ، والاعتلال Sickness والسقم Disease . فالمرض هو إدراك بعدم راحة ، والاعتلال عبارة عن اختلال وظيفي نتيجة تأثر ما بالجانب الاجتماعي ويؤثر في علاقة الفرد بالآخرين ، والسقم يعرف على أنه حالة عضوية أو نفسية للخلل الوظيفي يؤثر على الفرد شخصيته (إقبال بشير وإقبال مخلوق ، 1980) . إن الإنسان في جميع

المجتمعات الإنسانية يدرك المرض على أنه حالة من حالات الاختلال والعلة التي تهدد مجرى الحياة اليومية الخاصة به . هذا الخلل والعلة تطرحان بعضاً من الأسئلة الأخلاقية والاجتماعية في كثير من الأحيان ، مثل «لماذا أنا مريض؟» ، و«لماذا أعاقب بهذا المرض؟» . ومن الممكن أن يخدم المرض صاحبه في بعض من الظروف الاجتماعية المتعددة ، وذلك ككسب التعاطف والود والاحترام من قبل المجتمع نتيجة لوضعه الصحي السيئ على سبيل المثال (Baer et al., 1997) .

ونحن هنا لا نريد الخوض في الحديث عن المسببات في حدوث الأمراض ، ولا وصف المنظور الطبي في تعريف المرض وكيفية حدوثه ، ولكن ما يهمنا في هذا الجانب هو الإشارة إلى التداخل في المفهوم بين المنظورين الطبي والاجتماعي الثقافي في تفسير الظاهرة . فعند الحديث عن المرض فإننا يجب أن ننظر إليه من منطلق بيولوجي وثقافي اجتماعي . فظهور المرض من منطلق بيولوجي قد يكون له مسببات ثقافية أدت إلى حدوثه وظهوره على جسم الإنسان . فقد تلعب ثقافة معينة من الثقافات في ظهور أحد الأمراض ، وتعزز من وجوده نتيجة لممارسة ظاهرة أو عادة اجتماعية معينة كالزواج بين الأقارب أو ممارسة طقوس أو شعائر محددة كإحراق الجثث ، وما يترتب عليه من مشكلات وبائية وصحية مصاحبة . وقد يكون هناك أيضاً ثقافة معينة صاحبتها بعض الأمراض خلال تاريخها الماضي نتيجة لظروف اجتماعية ثقافية محددة ، ثم تلاشت تلك الأمراض وانقرضت في العصر الحديث والمعاصر لهذه الثقافة .

فالصحة والمرض مفهومان اجتماعيان ثقافيان طبيان تسهم في تفسير حدوثهما وآلية هذه الحدوث المفاهيم والمنطلقات الطبية والثقافية مجتمعةً . إضافة إلى

العوامل البيئية المتعددة التي تحيط بالإنسان في المجتمعات المختلفة ، والتي تختلف بدورها من مجتمع لآخر ، ومن بقعة جغرافية لأخرى .

طرق البحث في الأنثروبولوجيا الثقافية :

عند قيام الأنثروبولوجي ، في مجال الأنثروبولوجيا الثقافية على وجه التحديد ، بدراسة الثقافات والمجتمعات المتعددة في مختلف بقاع العالم المختلفة ، فإنه يركز على اتجاهين أساسيين في دراسته لهذه الثقافات :-

١- الاتجاه الوصفي (الإثنوجرافي) : Ethnographic Approach : وهو اتجاه يحاول الإثنوجرافي من خلال دراسة مجتمعات صغيرة نسبياً أو مجموعة سكانية محدودة ، وذلك بهدف فهم نظرتهم ورؤيتهم للعالم وكيفية تنظيمهم لحياتهم اليومية وطرق معيشتهم . لهذا يحاول الأنثروبولوجي من خلال دراسته الحقليه ، وباستخدامه للمنهج الأشهر في الأنثروبولوجيا وهو منهج «الملاحظة بالمشاركة» أن يكشف عن هذه الأمور . يحاول الأنثروبولوجي أن يعيش مع المجموعة المعنية بالدراسة ، ويلاحظ ويشارك لمدة زمنية معنية ويسجل نظرتهم للعالم من حولهم (Helman, 1997) ويعتمد على كتابة تقريره من خلال هذه الملاحظة . فهنا يقوم الباحث بعملية الوصف ؛ ولذلك سمي بالاتجاه الكيفي الذي يعتمد على السرد القصصي للحوادث التي يشاهدها الباحث (Bogdan and Biklen, 1998) على الرغم من أن هذا المنهج يركز على المعنى أكثر من القياس ، والأرقام ، إلاّ أن ذلك لا يمنع من أن يستخدم الأنثروبولوجي بعض المقاييس الكمية في دراسته ، فقد يلجأ لإحصاء المجموعة السكانية ، وقد يلجأ لقياس الطعام أو الدخل الشهري أو إحصاء

المساكن وغيرها من الأمور أثناء دراسته الحقلية الميدانية باستخدامه لمنهج الملاحظة بالمشاركة . (Helman, 1997) وبالإمكان أيضاً أن يحول الباحث المحتوى الكيفي إلى محتوى كمي ويقوم بعملية تصنيف وتبويب البيانات (انظر : Bogdan and Biklen, 1998) .

٢ - الاتجاه المقارن : - Comparative Approach وهو ببساطة الخطوة الأخرى التي يقوم بها الأنثروبولوجي والتي يعتمد من خلالها على المنهج أو الاتجاه المقارن . فهنا يحاول الأنثروبولوجي أن يقارن بين الثقافات والمجتمعات المختلفة وما يحمله كل منها من نقاط اختلاف من جهة وتشابه من جهة أخرى . فيحاول أن يجد سمات التشابه والاختلاف بين المجتمعات والثقافات المختلفة وذلك عن طريق مقارنتها . ويهدف بذلك إلى رسم خلاصة واستنتاج عام بخصوص طبيعة هذا العالم بما يحتويه من ثقافات متعددة ، ومجموعات سكانية مختلفة (Helman, 1997) .

في بدايات الأنثروبولوجيا وتطور هذا العلم كانت تهتم وتركز أساساً على دراسة المجتمعات البدائية والقبلية والبسيطة وتلك المجتمعات التي تخضع للاستعمار . الأنثروبولوجيا الحديثة خرجت من هذا النطاق ، وبدأت تستخدم أساليبها ومنهجها البحثي في دراسة المجتمعات المعقدة والمركبة وكذلك المجتمعات الغربية . فقد يدخل الأنثروبولوجي ويقوم بدراسة فرقة أو مجموعة سكانية تعيش في نيويورك أو ضاحية في وسط لندن أو مجموعة أطباء في لوس أنجلوس ، أو مرضى يحضرون إلى عيادة في امستردام . في جميع هذه الأحوال يستطيع الأنثروبولوجي أن يستخدم كلا من الاتجاهين الوصفي والاتجاه المقارن وكذلك

يستطيع أن يدمج مع ذلك أو يستخدم المقاييس والمقابلات وغيرها مما يستخدم في العلوم الأخرى .

فالمجال مفتوح أمام الأنثروبولوجي لاستخدام ما يشاء من التقنيات والطرق البحثية المختلفة . فمع استخدام الباحث الأنثروبولوجي منهج الملاحظة بالمشاركة ، بإمكانه أن يستخدم الاستبانه المفتوحة أو المغلقة أو المغلقة المفتوحة ، وبإمكانه كذلك أن يستخدم الفيديو والتسجيل الصوتي أو التحليل الإحصائي من خلال استخدامه لجهاز الحاسب الآلي ، أو الصور الفوتوغرافية ، أو التاريخ الأسري ، أو علم الأنساب ، أو جمع الرواية من الأفراد ، أو اختبار المواد المطبوعة أو المكتوبة مثل الرسائل ، أو الصور العائلية ، أو الخرائط ، أو التقارير ، وغيرها . وأيضاً يستطيع أن يستخدم المقاييس الطبية كجهاز ضغط الدم ، وجهاز قياس السمنة ، والميزان ، وبعض التحليلات الطبية المختبرية الخاصة بالكشف عن الأمراض المتعلقة بالدم وغيرها من الوسائل .

فقد تم تطوير الاستخدامات المنهجية لعلم الإنسان وخاصة في السنوات الأخيرة ، وأصبحت الأنثروبولوجيا تهتم وتعنى بمشاكل لم تكن أساساً تنظر إليها إلا من خلال المنظور الشعبي . فبرز اهتمام خاص من قبل مجموعة من الأنثروبولوجيين باستخدام الوسائل الطبية والثقافية في دراسة واحدة . وظهر ما يسمى بيولوجيا المجموعات السكانية Human Population Biology وهو أحد الإفرازات الخاصة من الأنثروبولوجيا العامة ، والتي عنيت باستخدام مناهج وطرق بحثية من علوم متعددة . فاستخدم هذا الفرع وسائل جمع المعلومات من علم الجينات والوراثة البشرية ، وعلم الأوبئة ، والطب وغيرها من العلوم ، بالإضافة إلى

منهجها المعتمد والمستمد من كونها علماً لدراسة الإنسان الذي له مناهجه الخاصة- كما سنرى فيما بعد .

الأنثروبولوجيا الطبية :-

شهدت الأنثروبولوجيا الطبية تطوراً ملحوظاً بعد الحرب العالمية الثانية . فقد أزدهرت الأنثروبولوجيه الطبية بعد أعمال كانديل (1953) Candill عن الأنثروبولوجيا التطبيقية في مجال الطب والتي شكلت نقطة الانطلاق . إضافة إلى أعمال إيفانز بريتشارد Evans Pretshard وجيلين (1948) Gillin ، وريفرز Rivers (1924) وكلمنتس (1932) Clements التي شكلت دراساتهم الأثنوغرافية قاعدة أساسية في تاريخ الأنثروبولوجيا الطبية . (انظر : علي محمد مكاوى ، 1994) . الأنثروبولوجيا الطبية اعتبرت فرعاً من فروع الأنثروبولوجيا الثقافية . وعلى الرغم من أن هذا الفرع مرتبط بهذا الفرع من الأنثروبولوجيا فإن جذوره ترتبط بشكل كبير مع الطب وعلوم طبيعية أخرى . فهو علم يرتبط في كثير من مفاهيمه ومجالاته بالظواهر البيولوجية ، وخاصة تلك التي تتعلق بقضايا مرتبطة بالصحة والمرض . ولذلك ، فنستطيع أن نقول أن هذا الفرع يقع ضمن دائرتي العلوم الاجتماعية والطبيعية . فمفهوم الثقافة كما يقول علي محمد مكاوى (1994) في هذا الجانب : «يمثل نصف مجال اهتمام الأنثروبولوجيا الطبية ، بينما تمثل الصحة والمرض والوقاية والعلاج النصف الثاني» .

فالأنثروبولوجيا الطبية كما يعرفها فوستر و اندرسون Foster and Anderson's (1978) هي ذلك الفرع الثقافي البيولوجي الذي يعنى بالمفاهيم

البيولوجية للسلوك الإنساني ، وتحديداً بالطرق التي من خلالها تتم عملية التفاعل بين ما هو ثقافي وما هو بيولوجي في جميع مراحل التاريخ الإنساني وتأثيرها على مفهومي الصحة والمرض .

يعتقد علماء الأنثروبولوجيا أن كل المعتقدات والممارسات الخاصة في المجتمعات الإنسانية والمتعلقة بالمرض هي بالأساس مرتبطة بالثقافة الخاصة لكل مجتمع على حده . فالمرض يعتبر شكلاً من أشكال شقاء الإنسان . فهو شكل من أشكال الشقاء مثلها مثل الحوادث ، الصراعات الشخصية ، الكوارث الطبيعية ، والسرقة ، الفقدان وغيرها من الأمور . فمثل هذه الأمور هي مصدر الشقاء للإنسان يقابلها الفرد بنوع من أنواع الاستجابة الثقافية . فهناك كثير من المجتمعات ، ترجع هذه الشقاء ومصدره إلى قوى غير طبيعية Supernatural Forces ، أو تعتبره جزاءً أو عقوبة ألهيه أو تأثير ساحر وغيره . وهناك من يردها إلى أسباب منطقية . فالقيم والعادات المرتبطة بمفهوم المرض تنطلق من ثقافة أكثر اتساعاً ، ولا يمكن القيام بدراستها بعزلها عن إطار الثقافة الكلية . فالشخص لا يستطيع أن يقوم بدراسة كيفيه تفاعل الإنسان مع المرض أو الوفاة أو أي مصدر أخر من مصادر الشفاء بدون فهم النمط الثقافي الذي نشأ وتربى فيه هذا الشخص ، أو الذي اكتسبه من خلال عملية التنشئة الثقافية والاجتماعية وكيف ينظر هذا الشخص «بعدسته» ومنظاره التي تجعله يفسر ويدرك عالمه الذي ينتمي إليه (Helman, 1997) .

فالثقافة هي المصدر الذي يأخذ الإنسان منه تعريفه للمرض ، واستجابته له . ولهذا السبب يختلف التعريف الخاص بالمرض والاستجابة له من ثقافة لأخرى . فإذا أخذنا مرض سوء التغذية على سبيل المثال ، فإن مرد هذا المرض في كثير من

الثقافات هو عدم كفاية الغذاء المتوازن الذي من خلاله يحافظ الإنسان على صحته بأحسن حال أو قد يكون مرده للعادات الغذائية المتبعة . فهذا هو التفسير الثقافي الذي نتبناه في مجتمعاتنا وفي كثير من المجتمعات الأخرى . ولكن قد يكون هذا المرض هو نتيجة لأسباب لا تتعلق بالغذاء في مجتمعات وثقافات أخرى كأن يكون مرده إلى أمور أخري كالحسد ، أو الأرواح الشريرة ، أو الخوف أو الخطيئة أو انتهاك المحرمات وغيرها من الأمور (علي مكاوى ، 1994) . فالمرض هنا أخذ منحيين مختلفين في ثقافتين متعددتين ، وأخذ تعريفين متباينين . ومن الطبيعي أن نجد أن هناك ردة فعل أو استجابة ثقافية مختلفة من ثقافة لأخرى . فالاستجابة الثقافية في المجتمع الأول تتمثل في السعي نحو توفير الغذاء الكافي والتوازن فيه . وقد تلعب المؤسسات الصحية الدور في تزويد المريض بسوء التغذية بعض الإرشادات الغذائية المناسبة التي من الممكن أن تلعب دوراً مهما في التغلب على هذا المرض . وفي المقابل ، فإن التغلب على المرض في الثقافة الأخرى ، والذي تم اعتباره على أنه نتيجة للأرواح الشريرة أو الحسد أو الخوف أو غيره من الأسباب الثقافية ، يرتبط باستجابات تنافسية مختلفة عن الثقافة الأخرى . فقد يكون أحد هذه الاستجابات مثلاً ممارسة لأحد الطقوس أو الشعائر المعينة حتى يتم التخلص من الأرواح الشريرة ، أو القيام بنحر حيوان تقرباً من القوى الغيبية ، وغيرها من الأمور التي من الممكن أن تكون استجابات ثقافية معينة لموضوع واحد ، وهو مرض سوء التغذية ، والذي عُرّف بطريقتين ثقافيتين مختلفتين .

وبشكل عام فإن أهم الأهداف الخاصة بالأنثروبولوجيا الطبية كما أبرزها محمد عباس إبراهيم (1992) :

١- الاهتمام بفهم الصحة في إطار الثقافة السائدة ، وذلك من خلال العناية بالمعتقدات الطبية والصحية في الثقافات والجماعات العرقية ذات الخصوصية الثقافية .

٢- تدعيم الأبعاد النظرية والمنهجية ، وذلك لفهم الصحة في إطار الثقافة ، ودراسة التفاعل بينهما ، وارتباطهما ، وتداخلهما مع المفاهيم الأخرى في المجتمع .

٣- تقديم التفسيرات والتحليلات ذات الصلة المباشرة بالممارسات الطبية الحديثة ، وذلك لأن كثيراً من الممارسات الطبية الحديثة تحتاج إلى تصورات أثنوجرافية يتم توفيرها من قبل الأنثروبولوجيين الذين يقدمون هذه التفسيرات .

٤- وضع تصورات علاجية ، تسهم في التخطيط في بعض المجتمعات والثقافات .

٥- تقديم الخدمات الطبية والصحية التي يقوم بها الأطباء أو المراكز الطبية .

إضافة إلى ضرورة دراسة الثقافة بشكل كلي ، فإنه من المهم تفحص التنظيم الاجتماعي للصحة والمرض في هذا المجتمع (نظام الرعاية الصحية) ، والتي تتضمن على الطرق التي تصنف شرائح المرضى ، وتبين كيفية التعامل مع هذا المرض أو ذاك قبل القيام بالتطبيب ، وتحدد من يمكنه أن يتعامل مع المرضى . وكذلك تُعنى الأنثروبولوجيا الطبية وتهتم بالذين يعملون بالتطبيب ، فهم يكونون في جميع أنحاء الأرض ، ولكنهم يختلفون في أرجاء هذه المجتمعات الإنسانية بطرقهم ووسائلهم المستخدمة في عملية التطييب . فالذين يقومون بعملية التطبيب لهم بعض من السمات الثقافية التي يتميزون بها ، والتي يحاول الأنثروبولوجي أن يعتني بدراستها ، مثل كيف تتم عملية اختيارهم تدريبهم ، وما مفاهيمهم ، وقيمهم ، وتنظيمهم الاجتماعي الذي ينتمون إليه . ويهتم الأنثروبولوجيون أيضاً بدراسة

وضعهم في النظام الاجتماعي الكلي الذي ينتمون إليه ، كترتيبهم ومكانتهم الطبقية في النظام الطبقي ، ومدى قوتهم السياسية والاقتصادية وكيفية تقسيم العمل بينهم من جهة وبين بقية أفراد المجتمع من جهة أخرى . وفي بعض المجتمعات الإنسانية يلعب الشخص الذي يقوم بعملية التطبيب دوراً أكبر من كونه شخصاً يعالج الناس ويقدم لهم الدواء ، إذ قد يلعب دور «الموحد» للمجتمع والمكرس لقيمه ، وقد يلعب دوراً مهما في عملية الضبط الاجتماعي في المجتمع ، أو كشخص يعاقب من يتخطى ويعتدي على القوانين (Helman, 1997) .

ولقد حدد علي محمد مكاوى (1994) أبرز مجالات الأنثروبولوجيا الطبية وقسمها إلى أربع مجالات : (١) الأيكولوجيا وعلم الأوبئة ، وهي الدراسة الخاصة للعوامل الثقافية . فهي تهتم بدراسة الجوانب الطبية لحسن تكيف الجماعات البشرية مع بيئاتها أو سوء تكيفها . (٢) الطب الشعبي ، وهي تلك الممارسات التي يستخدمها البعض داخل الإطار الشعبي ، والذي يعتبر في كثير من الأحيان صورة أولية للطب الحديث . (٣) المظاهر الطبية للأنساق الاجتماعية ، وهي تلك المظاهر التي ارتبطت بالنظام الاجتماعي داخل إطار الثقافة ، كارتباط المرض مثلاً بأنه عقوبة اجتماعية متزّلة ، أو الانحراف عن القوانين والقواعد الاجتماعية (٤) الطب والتغير الاجتماعي ، وهي تلك التغيرات الاجتماعية والثقافية التي حدثت وأثرت على الوضع الصحي داخل الثقافة .

الأنثروبولوجيا الطبية والعلوم الطبية :

ترتبط الأنثروبولوجيا الطبية بشكل كبير ومباشر مع نتائج ومناهج العلوم

الطبية على اختلاف تخصصاتها المتعددة التي تشمل البيولوجيا الجزئية Microbiology ، الكيمياء الحيوية Biochemistry الجينات Genetics ، علم الطفيليات Parasitology ، علم الأمراض (الباثولوجيا) Pathology ، علم التغذية Nutrition ، وعلم الأوبئة Epidemiology في حالات وأوضاع كثيرة بالإمكان ربط التغيرات البيولوجية التي تحدث للإنسان بعوامل ثقافية واجتماعية في مجتمع معين . فعلى سبيل المثال ، الأمراض الوراثية تنتقل من جيل لآخر بواسطة الجين المخل أو المعيب Recessive gene الموجود في مجتمع من المجتمعات يتم فيها الزاوج الداخلي ، فيحدث هناك زيادة نسبة الترددات والتكرارات لهذا الجين المعيب في هذا المجتمع . فعملية التزاوج نفسها والتي تربطها قوانين وأعراف اجتماعية وثقافية معنيه ومحددة تحتم على الشخص في بعض المجتمعات بالزواج من ذوي القربى وصلة الرحم وفي إطار القبيلة أو العائلة ، والتي يكون من أثرها تناقل وزيادة تكرارات الجين المعيب في هذه الجماعة المتزاوجه داخليا ولدراسة هذه المشكلة بشكلها المتكامل فإن الباحث يحتاج إلى الاستعانة بعدة من الاتجاهات العلمية من العلوم الطبية . فهو يحتاج إلى الطب الإكلينيكي Clinical medicine حتى يقوم بعملية تحديد ومعاينة المرض بشكله الظاهري ، ويحتاج إلى علم الأمراض Pathology حتى يقوم بتحديد المرض بمستواه الخلوي أو «البايوكيميائي» ويحتاج إلى علم الجينات حتى يعرف ويتنبأ بالقاعدة والأساس الوراثي لهذا المرض وارتباطه واتصاله بالجين المعيب ، ويحتاج أيضاً لعلم الأوبئة Epidemiology حتى يحدد ويبرز نسبة الحدوث والانتشار لهذا المرض في مجتمع محدد مع دراسة علاقته للبحيرة الجينية المعيبة داخل هذا المجتمع وعادات الزواج فيه ، وفي النهاية يحتاج

الأنثروبولوجي الثقافي والاجتماعي أن يحدد ويشرح الأنماط الزواجية في هذا المجتمع . فالأنثروبولوجيا الطبية تحاول أن تنافس وتسهم في علاج هذه المشكلة البحثية بواسطة استخدامها وانتفاعها ليس بالأساليب والمنهجية والنتائج الأنثروبولوجيه فحسب ، إنما بالانتفاع واستخدام العلوم البيولوجية والطبية الأخرى . وبمعنى آخر بالإمكان أن نطلق على الاتجاه الذي يعنى بالأمور الطبية والبيولوجية والثقافية بالاتجاه البيوثقافي Biocultural Approach (Helman,1997) .

الأنثروبولوجيا الطبية التطبيقية :-

هناك إشكالية في تحديد مسمى الأنثروبولوجيا الطبية التطبيقية ، فهناك من يرى ضرورة استخدام مثل هذا الاسم لدراسة الوضع الصحي في مجال التطبيق ، وهناك من يدخل مفهوماً آخر أطلق عليه الأنثروبولوجيا الإكلينيكية Clinical Anthropology ، والبعض الآخر أسماه الأنثروبولوجيا التطبيقية الإكلينيكية Clinical Applied Anthropology . (انظر : Chrisman and Johnson, 96) .

ولكن بشكل عام فإن بعض الباحثين داخل حقل الأنثروبولوجيا ركزوا في دراساتهم وأبحاثهم على الجوانب التنظيرية والمفاهيم النظرية البحتة ، بينما البعض الآخر وخاصة هؤلاء الذين اهتموا بالتطبيقات الإكلينيكية وبرامج التربية الصحية أو برامج المساعدة الطبية العالمية ركزوا في دراساتهم وأبحاثهم أكثر على المفاهيم والأطر التطبيقية في مجال الرعاية الصحية والطب الوقائي .

إن الاهتمام بحقل الأنثروبولوجيا الطبية الإكلينيكية التطبيقية نمى باطراد في السنوات القليلة الأخيرة الماضية ، فكثير من المهتمين بالأنثروبولوجيا الطبية شاركوا

في مشروعات متعددة في بلدان متفرقة في العالم ، ووجهوا جهودهم في تطوير الصحة العامة والرعاية الصحية . فقد عملوا في الدول غير الصناعية ، وفي داخل أوربا وأمريكا الشمالية .

بعض منهم « كأنثروبولوجي إكلينيكي » أصبحوا منظمين لإدارات ومؤسسات الرعاية الصحية في المستشفيات والعيادات الصحية ، وذلك من حيث كونهم جزءاً من أعضاء فريق الرعاية الصحية متعدد التخصصات . وانعكست أعمالهم في هذا الفريق :-

١- مدرسين أو معلمين أو مرشدين يهدفون إلى رفع الوعي لدى زملائهم بمدى أهمية العوامل الثقافية للصحة والمرض ، أو :

٢- إخصائيين صحيين أو أخصائي رعاية في مجالهم نتيجة خبراتهم المتعددة .

البعض الآخر من المهتمين في مجال الأنثروبولوجيا الطبية ذهب إلى أبعد من ذلك . فمنهم من وسع تركيزه واهتمامه إلى ما وراء الرعاية الصحية ، ليشمل مجال التنظير والدراسات النظرية حول التأثيرات الخاصة بالصحة ، مثل : عدم المساواة السياسية والاقتصادية داخل كثير من المجتمعات في العالم المعاصر ، وبالتحديد المشكلات المتعلقة ذات الصلة بموضوعي الفقر والصحة . البعض الآخر عمل في بعض المنظمات العالمية مثل منظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO) أو اليونيسيف Unisef والخاصة بالمشكلات الصحية في مواقع متعددة من العالم غير الصناعي أو دول العالم الثالث . حيث اهتم الأنثروبولوجيون الطبيون بالمساعدة والتخطيط وتقويم أشكال متعددة من الرعاية الصحية والتربية الصحية . وقد عملوا أيضاً في مجال مراقبة ومتابعة

ودراسة أعمال المنظمات نفسها بصفتهم في كثير من الأوقات مشرفين على إدارة كثير من دور الرعاية الصحية . فقد عملوا على ملاحظة كيفية مساعدة أو إعادة تأهيل مؤسستهم أو منظمتهم وفق للبرامج الصحية المقترحة ، وعملوا على دراسة كيفية تطوير أو إعاقة الثقافات الفرعية على أنها عامل من عوامل إنجاح هذه البرامج (Helman, 1997) .

وفي العالمين الصناعي وغير الصناعي ، في الدول المتقدمة ودول العالم الثالث ، عملت الأنثروبولوجيا الطبية على الاشتراك في مجال الرعاية الصحية الأولية ، والتخطيط الأسري ، وجهود رعاية الأم الصحية بأبنائها ، وتغذية الرضع ، والأمراض العقلية ، ونقص المناعة ، واستخدام المخدرات والكحول ، وأيضاً انتشار مرض الإيدز (Helman, 1997) . ولتوضيح الصورة ببساطة فإن التحدي الأساسي للأنثروبولوجيين التطبيقيين هو نقل المفاهيم الأنثروبولوجية إلى المجال الإكلينيكي التطبيقي (Chrisman and Johnson, 1996) .

ولتوضيح أهمية الأنثروبولوجيا الطبية وفائدتها في معالجة مشكلات محددة فإنه بالإمكان أخذ مثال مرض الإسهال الذي يصيب الإنسان في بعض المناطق بكثرة ، ويشكل مرضاً قاتلاً في بعض الأوقات . فبناء على ما جاء في منظمة الصحة العالمية WHO ، فإن النسبة العالمية لهذه الأمراض تنتشر بشكل مرعب ومخيف في بلدان الدول غير الصناعية ، فهي مرتبطة غالباً مع ظاهرة الفقر ، ونتيجة لسوء التغذية ، والوضع المادي المتردي ، وشرب الماء المعرض للتلوث أو الملوث . فهذه العوامل تقتل ما يقارب ٥ - ٧ مليون شخص كل سنة . إنّ الحل على المستوى البعيد ليس بيد المتخصصين في العلوم الطبية أو المتخصصين في العلوم

الاجتماعية ، حيث تعود بواقع الأمر أصلاً إلى عوامل ومحددات اجتماعية واقتصادية وسياسية مرتبطة بأوضاع هذه الدول مع بقية بقاع الأرض أو مع الدول الأخرى المختلفة ، وقد يكون من المفيد إعطاء نوع من الأدوية لمنع الأصابه بهذا المرض كطريقة علاجية سريعة ومباشرة وخاصة لدى الأطفال ، إلا أنه على الرغم من ذلك ، فقد يجد المعالج مشكلة في إعطاء هذا الدواء نظراً لتردد كثير من الأمهات في إعطاء أبنائهم هذه الأدوية فالأبحاث الأنثروبولوجية تركز على دراسة المعتقدات الخاصة بالسكان ومدى إمكانية تقبلهم لهذه الأنواع من الأدوية وكيفية وطرق علاجهم . (Helman, 1997) .

فالأنثروبولوجيون الطبيون هم في حقيقة الأمر تطبيقيون . وقد برز في الأدبيات الحديثة للأنثروبولوجيا مجال آخر للأنثروبولوجيا بشكل عام سمي بالأنثروبولوجيا التطبيقية ، والتي استمدت هذه التسمية من المجال الحقلي التطبيقي الذي سعى -الأنثروبولوجيون وخاصة الطبيون- منهم إلى البروز فيه والخوض في مفاهيمه وأطره المنهجية والنظرية . فتقديم العلاج والرؤى الخاصة بالقضايا الطبية والتطبيب لا شك بأنها أضفت مفهوماً جديداً مهما للأنثروبولوجيا الطبية على وجه التحديد .

الفصل الثاني
بيولوجيا المجموعات السكانية: العلم الانتقالي
Human Population Biology: The Trandisciplinary Science

الفصل الثاني

بيولوجيا المجموعات السكانية - العلم الانتقالي

Human Population Biology: Transdisciplinary Science

الأنثروبولوجيا : ذلك العلم الشمولي :-

لقد سبقت الإشارة بأن الأنثروبولوجيا لم تعد ذلك العلم الذي يعنى ويهتم بدراسة المجتمعات التقليدية والمجتمعات البدائية وغير الغربية ، أو مجتمعات ما قبل الكتابة فحسب ، بل تخطت ذلك منذ فترة وبدأت تدخل المدينة ، والضواحي المتحضرة وجمعت بشكل أشمل دراسة جميع المجتمعات الإنسانية المتقدمة منها والمتأخرة . فهي ذلك العلم الشمولي الذي استوفي نصيبه في فترة زمنية سابقة بدراسة المجتمعات غير الغربية من خلال دراسة العمليات الاجتماعية الشاملة لهذه المجتمعات ، وكان ذلك في نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين . تلك الدراسات برزت في أعمال كثير من الأنثروبولوجيين الأوائل ، وامتدت الخاصية الشمولية لتشمل وتتضمن أيضاً المجتمعات المعقدة والمجتمعات الصناعية والمتحضرة ، في دراسات لمختلف مشكلاتها من خلال منظورها الشمولي .

ولقد كان نصيب ما يسمى ببيولوجيا المجموعات السكانية Human Population Biology (HPB) ذلك الفرع الجديد في مجال الأنثروبولوجيا كان له نصيب الأسد في إظهار هذه الصفة أو السمة الشمولية التي تتميز بها الأنثروبولوجيا . فقد استخدمت هذه الشمولية والتكاملية في مجال معالجة الأمراض الصحية أيضاً فظهر هذا الفرع الرئيسي الذي يسمى بيولوجيا المجموعات

السكانية على أنه اقتحم مجال الدراسات الأنثروبولوجية بشكل كبير جداً ، ولا سيما في السنوات القليلة الماضية ، فغالبية الجهات والمؤسسات الداعمة للأبحاث والدراسات العلمية ، وخاصة في الولايات المتحدة قامت ولا زالت تقوم بدعم هذه المشاريع البحثية ، ولا سيما إذا ما أدركنا أن هذا الفرع بدأ يعالج مواضيع صحية ومرضية مهمة انتشرت بشكل كبير في الوقت الراهن . ولعل أبرز ما يعالجه هذا الفرع من الأنثروبولوجيا هو دراسته لما يسمى بالأمراض العصرية المزمنة The Chronic Degenerative Diseases (CDD)حيث ركز المختصون على دراسة هذه الأمراض بالتحديد . ولا شك أن هذه الأمراض العصرية المزمنة ارتبطت بجوانب كثيرة- كما سنرى فيما بعد- كعوامل التغير الاجتماعي والثقافي وعوامل التحديث . فبرزت كثير من الأمراض العصرية وانتشرت بشكل كبير في مجتمعات العالم الحديث مثل أمراض القلب ، ومرض السكري ، ومرض ارتفاع ضغط الدم ، وأمراض السرطان بأشكاله المختلفة .

نشأة بيولوجيا المجموعات السكانية في الميدان البحثي :-

من المهم هنا بأن نبدأ بنبذة مختصرة عن هذا الفرع والذي أطلق عليه في الأدبيات الغربية بالفرع أو العلم الانتقالي Transdisciplinary Science قبل الدخول والحديث عن ما يسمى بالأمراض العصرية المزمنة (CDD) وكيفية ومدى ارتباطها بهذا الفرع من المعرفة ، فقد أطلق على هذا الفرع بالعلم الانتقالي والذي اقترحه بيكر Baker (1982) في بداياته عندما استخدم هذا المصطلح لأول مرة للتعبير عما يسمى بيولوجيا المجموعات السكانية (HPB) . وعرض تاريخ وتشكيل ونشأة هذا الفرع ، يرجع لتل وهاس (Little and Hass (1989 إلى أن بدايات هذا

الفـرع انطلقـت أسـاسـاً في الأفكـار والآراء التي أبـداها وتحـدث عنهـا عـمـيـد الأنثـروبولوجـيين الأمـريكيين فـرانز بواز Franz Boasعلى أنهـا ذلك الفـرع الذي يشمل ويهتم بدراسة ثقافة الإنسان وبيولوجيته (Little and Hass 1989) .

فهـذه كانت فكرة بواز مؤسس الأنثروبولوجيا الأمريكية . فقـد انطلقت فكرته العامة عن الأنثروبولوجيا من جانبين أساسيين استخدمهما في كتاباته وهي مفهوم الثقافة والذي يعتبر العنصر الأساسي الذي انطلقت منه الأنثروبولوجيا الثقافية في الولايات المتحدة ، ومفهوم علم الحياة (البيولوجيا) . ولعل هذا الإسهام في مجال الأنثروبولوجيا لبواز يرجع إلى تخصص واطلاع بواز في مجال العلوم الطبيعية . فقد دمج هذين المفهومين في منطلق فكري واحد ، ونظر إلى الأنثروبولوجيا العامة من خلاله . فهذه هي بداية المنطلق الفكري لهذا العلم الانتقالي كما عرضه بواز قبل أن يولد هذا الفرع ويخرج إلى حيز الوجود .

بدأت كثير من الدراسات في الخمسينيات تنتقل من الدراسات الوصفية الخاصة والمتعلقة بالأثنية والعرق ووصف السلوك الإنساني في مجموعات سكانية مختلفة إلى أن بدأت تركز على مجالات بحثية خاصة بعملية التكيف البيئي للإنسان وللمجموعات الإنسانية ، مع الاعتماد على قاعدة ومفاهيم خاصة بالجينات والتطور . فاعتمد كثير من هذه الدراسات في هذه الفترة على استخدام المنطلق التطوري للإنسان من خلال البحث في الجينات الإنسانية ومدى ارتباطها بتكيف الإنسان مع البيئة المحيطة به . وقد استخدم كثير من طرق ومناهج البحث العلمي من العلوم مثل علم البيئة ، والديموغرافيا (علم السكان) ، والفسيولوجيا البيئية ، وعلم الأوبئة ، وعلم التغذية والدراسات الخاصة بمكونات الجسم اعتبرت

في ذلك الوقت كعلوم جديدة (Little and Hass, 1989) فقد ابتدأت دراسة خاصة بعلوم البيئة ومدى ارتباطها بالتشكيل البيولوجي - الفسيولوجي للإنسان ودارت كثير من هذه الدراسات حول هذا المنطلق والاتجاه البحثي .

وظهر في الستينيات توجه لكثير من الحقول العلمية والدراسات البحثية يندمج بعضها مع بعضها الآخر في معالجة قضايا بحثية واحدة ومشتركة . وفي فترة السبعينيات ، بدأ البرنامج البيولوجي الدولي The International Biological Program (ذلك البرنامج الذي تأسس من العديد من المختصين من فروع علمية متعددة) إلى إظهار ورعاية كثير من الأبحاث المتنوعة والمختلفة نحو طريق العلوم المشتركة ، وقد قام بتدريب كثير من المهتمين في مجال دراسة المجموعات البيولوجية الإنسانية (Little and Hass, 1989) وهؤلاء أتوا من خلفيات علمية مختلفة ومتنوعة ومن تخصصات علمية متعددة . وأكثر الأبحاث التي تستخدم اليوم في مجال بيولوجيا الإنسان تستمد مادتها العلمية من كثير من التخصصات العلمية المرتبطة بها مثل علم الجينات البشرية ، علوم البيئة ، علم التغذية ، علم السكان ، علم الأوبئة والأمراض (Backer, 1988) . وقد تمت الاستفادة من هذه العلوم في مجال بحثي واحد تحت مظلة العلم الانتقالي أو بيولوجيا المجموعات السكانية . وقد اعتمدت الاتجاهات البحثية النظرية والمنهجية لهذا العلم على قواعد أساسية مبنيه على اتجاهات بحثية متنوعة مثل التطور البيولوجي ، الجينات ، التحليلات الإحصائية للتغيرات الإنسانية ، التكيف مع البيئة ، فهم دورة الحياة الإنسانية والالتزام بكيفية التعامل الخاص بالسلوك الإنساني وبيولوجيته مع التكيف على مستوى الفرد والمجموعة السكانية . ولهذا نشأ تركيب خاص - كما ذكر سابقاً -

خاص بالبيولوجيا من حيث كونه علماً من العلوم الطبية وعمليات التكيف وتأثيراتها الصحية(Little And Hass,1989) . فهناك ، في الواقع ، تركيبة من العلوم تداخلت مع بعضها البعض في موضوعات بحثية مشتركة . فهناك اشتراك لاتجاهات بحثية نظرية ، منهجيه متعددة تم من خلالها الاستعانة بكثير من العلوم المتعلقة بالإنسان (Backer, 1988) .

وإذا أخذنا على سبيل المثال أحد الأمراض التي من الممكن أن تنتشر في مجتمع من المجتمعات ، فنجد كيفية معالجتها من واقع العلم الشمولي الذي ينظر إلى هذا المرض من اتجاهات بحثية ومنهجية متعددة . فأمراض الكبد على سبيل المثال إذا انتشر في مكان معين أو بقعة جغرافية محددة ، فإن هناك مجموعة من الأسئلة سوف تطرح وستجد لها إجابة من المتخصصين في مجال بيولوجيا المجموعات السكانية . فأول الأسئلة التي من الممكن أن تطرح في هذا المكان هو : متى ظهر هذا المرض للمرة الأولي ؟ ومن الفئات التي تصاب بالتحديد ؟ ومن أي مجموعة سكانية داخل هذا المجتمع؟ وما نسبة الحدوث لهذا المرض؟ وما علاقة هذا المرض بالنظام الاجتماعي القائم؟ وما علاقته بالنظام الاقتصادي؟ وبالنظام الديني؟ وبنظام الغذاء والتغذية؟ بالبيئة ؟ وما علاقته بأمراض أخرى؟ وعلاقته أو وجوده وتأثيره على مجتمعات أخرى؟ هذه النوعية من الأسئلة بحاجة إلى إجابات على أساس بيوثقافي وبيئي وطبي ممزوج (McElroy and Townsond, 1989) .

وإذن فقد بدا واضحاً أن هذا العلم الانتقالي ، أو المسمى ببيولوجيا المجموعات السكانية ، دمج كثيراً من الوحدات والفروع المختلفة في موقع واحد ومكان واحد . وعلى حد وصف لتل وهاس (Little and Hass, 1989) فإن هذا العلم الانتقالي

يتقاطع مع كثير من العلوم التقليدية أو هو ، في الوقت نفسه ، يزودنا بالمضمون التركيبي ، التوحيدي أو المدمج ، ويعطينا أيضاً فهماً لجسم المعرفة المتكاملة . (ص٣) . إن الهدف الأساسي لهذا الفرع كما حدده بيكر (Baker, 1982) هو فهم الإطار البيئي بشكل أفضل وكيفية حدوث التنوع البيولوجي في وحدات المجتمع سواء كان الاختلاف بين هذه الوحدات أو في داخل كل منها . الوحدات مثل الاختلافات بين الأعراق والجماعات الأثنية والسلالات البشرية ، والطبقات الاجتماعية المنغلقة ، المجموعات السكانية المختلفة وغيرها من التفريعات المتعددة . أهداف هذا الفرع أيضاً محاولة فهم النتائج السلوكية لهذه التغيرات والتنوعات البيولوجية .

ما إن تشكل هذا العلم بهذا الإطار حتى بدأت تنتشر الدراسات وتزدهر وتزداد بشكل واضح سيما في السنوات الأخيرة ، فأصبحت كثير من الأبحاث تنشر في المجلات العلمية الرئيسة في مجال علم الإنسان والبيولوجيا . أخذت مكانها البارز اللائق بها ، وذلك لما لقيه هذا النوع من الدراسات من دعم مادي كبير من الجهات الداعمة والمؤسسات المختلفة . فقد خلص هذا الفرع إلى ربط كثير من العلوم في اتجاه بحثي واحد يتعلق بالإنسان . فأصبح ذلك العلم يعكس بصورة واضحة ما يسمى بالاتجاه التكاملي المتداخل البيني مع العلوم المختلفة Interdisciplinary Approach .

مجالات بيولوجية المجموعات السكانية :

من الواضح أن التطور السريع لهذا العلم الانتقالي أحدث تحولاً كبيراً شمل عملية اتساع في المفاهيم العلمية ، والتي من خلالها صبت في قالب واحد جمعه

هـذا الفـرع الانتقالي . فـالاتجاهـات النظرية المتعـددة ، والخبرات التـدريبيـة المختلفة التي تجـمعت لدى المختصين في هـذا المجال قـد بنيت على مـجالات علمـيـة مختلفـة تتعلق بالتطور البيـولوجي ، وعلم الجينات ، والتـعبيـرات الإحـصـائيـة للتـغيـرات الإنسـانية ، والتكيف مع البيئة ، وفهم دورة الحيـاة الإنسـانيـة ، وغيرها من المجالات العلمية المتعـددة السابق عرضـها . ولعلنا هنا في هذا المجال نذكر أهم هذه المجالات التي تعتبر الآن من صلب اهتمام بيـولوجيا المجموعات السكانيـة كـما أوردها ليتل وهـاس (1989) lettle and Hass متمثلة فيما يلي :

١ - علم الدراسات السكانية Demography and Population

إن البناء السكاني والعمليات المصاحبة للمجموعات السكانية تعتبر محور الدراسات الخاصة ببيولوجيا المجموعات السكانية ، كما أن مفهوم السكان Human Population يرتبط مع مفهوم الثقافة culture للمجموعة السكانية . ويتناسب أيضاً مع مفهومي الخصوبة والوفيات ، والتي تعتبر من المفاهيم الأساسية وثيقة الصلة بما يسمى بالانتخاب الطبيعي «Natural Selection» وكيفية فاعلية هذا الانتخاب ، وكذلك الارتباط بالقاعدة الأساسية للجينات والتطور . إضافة إلى ذلك ، الهجرة اعتبرت أحد العمليات الأساسية لعلم السكان ، والتي استخدمت في مجالات متعددة في الدراسات الخاصة ببيولوجيا المجموعات السكانية ، وخاصة تلك التي تمر بعمليات تغير بيئي . فهناك كثير من المتغيرات الديموغرافية التي تتقاطع وتتداخل مع مجال بيولوجيا المجموعات السكانية مثل الوفيات ، والمرض ، والكثافة السكانية وارتباطها بالامراض والأوبئة كذلك الخصوبة وارتباطها مع الأمور المتعلقة ببيولوجية التناسل والوضع الصحي .

٢ - علم الجينات ، وعلم الأوبئة ، والطب الإكلينيكي : Genitics, Epidemiology, and Clinical Medicine

لقد جمعت بيولوجيا المجموعات السكانية -كما تمت الإشارة- هذه العلوم في قالب واحد عند معالجة المواضيع الصحية المتعددة المتعلقة بالإنسان . ولفهم عملية التطور ، تم الاتجاه إلى الفروع الخاصة بالصحة والطب والمسماة بالطب الجيني وعلم الأوبئة الجيني . فهي فرع من المعرفة تسهم في فهم الحقيقة التطورية من وجهة نظر طبية ، وذلك لأن كثيراً من الأمراض لا يمكن فهمها إلا من خلال منظور بيوثقافي ، وسكاني ، وتطوري . فأمراض مثل الأنيميا والالتهاب الكبدي ، وأمراض القلب تتم معالجتها وفقاً لهذا المنظور ، والتي استطاعت بيولوجيا المجموعات السكانية من احتضانها في قالب واحد .

٣ - الفسيولوجيا وعلم البيئة Physiology and the Environment :

إن الارتباط بين هذا الفرع من المعرفة وبين بيولوجيا المجموعات السكانية يلتقي مع اهتمامات الأنثروبولوجيا البيولوجية أو الفيزيقية في مجالين اثنين :-

أ - التكيف مع البيئة من خلال الضغوط النفسية والاجتماعية التي تفرضها البيئة .

ب - البيئة من حيث هي نظام أيكولوجي ويشمل على البيئة الطبيعية والبيئة السكانية الاجتماعية وما تلعبه من دور في الفسيولوجيا الخاصة بالإنسان .

٤ - دورة الحياة الإنسانية The Human Life Cycle :

إن النمو الإنساني كان أحد اهتمامات الأنثروبولوجيا منذ زمن الأنثروبولوجي فرازبواز ، والذي أصبح لاحقاً أحد الفروع وثيقة الصلة ببيولوجيا المجموعات

الإنسانية في الوقت الحالي . يعتبر الجنس والعمر مصدرين أساسيين من مصادر التنوع في المجموعات السكانية ، والتي تعتبر هيكلاً وقاعدة أساسية لدراسات أخرى وثيقة الصلة بالاستجابات الصحية للضغوط والتغيرات البيئية . فهناك متغيرات عدة تؤثر في النمو الإنساني بعد مرحلة الولادة . من هذه المؤشرات على سبيل المثال الغذاء ، الوراثة ، الوضع الصحي ، النشاط والحركة ، والوضع العاطفي والحالة المعيشية ، والمناخ ، والاتجاهات الفكرية وغيرها من المتغيرات الأخرى .

إضافة إلى أن الدراسات الخاصة بنمو الأطفال ، ودراسة المسنين ترتبط مع فروع أخرى من فروع بيولوجيا المجموعات السكانية والتي تشمل على علم الأوبئة ، والصحة المتعلقة بالأم ، والتناسل ، والتأثير الخاص بعملية الرضاعة على صحة الطفل ، وكذلك السمنة عند الأطفال والبالغين في المراحل العمرية المختلفة . أما الدراسات الخاصة بالمسنين فقد زاد الاهتمام بها مؤخراً في بيولوجيا المجموعات السكانية . ومن أهم الارتباطات هنا هي تلك التي تتعلق بالوزن وحجم الجسم وارتباطه مع تزايد العمر ، والتي ترتبط أيضا بقضايا أخرى مثل الغذاء والتغذية ، والنشاط الفيزيقي ، وعلم الأوبئة ، والصحة . كل ذلك أصبح من صلب اهتمام بيولوجيا المجموعات السكانية .

ومن الملحوظ اتساع دائرة مجال اهتمام بيولوجيا المجموعات السكانية في دراسة الإنسان . ولا شك أن الملاحظ من خلال ما تقدم ارتباط هذه المجالات والمعالجات بمفاهيم ثلاثة أساسية أصبحت من صلب اهتمام بيولوجيا المجموعات السكانية ، وهي تلك التي تتعلق بالصحة ، والمرض ، والثقافة من حيث كونها محاور أساسية لمجال اهتمام هذا الفرع الانتقالي من المعرفة .

بيولوجيا المجموعات السكانية والأمراض العصرية المزمنة :-

لتطبيق مفهوم العلم الانتقالي ، بيولوجيا المجموعات السكانية ، على الأمراض العصرية المزمنة في المجموعات السكانية المعاصرة ، فإنه من المؤكد أننا نحتاج إلى تركيبة معينة من طرق البحث العلمي ، ونظريات علمية تعتمد على فروع متنوعة من العلوم . فالمنهجية يفترض أن تشتق من فروع مختلفة حتى نستطيع بسهولة فهم المشكلة الصحية الخاصة لهذه الأمراض العصرية المزمنة . منهجية بحثية من علم الأوبئة والصحة العامة ، والجينات ، وعلم التغذية وغيرها من العلوم تحتاج إلى أن تدمج لتسهم في حل المشكلة الصحية الخاصة بانتشار هذه الأنواع من الأمراض ، وبالتحديد في العالم المتحضر والحديث . فأمراض مثل أمراض القلب ، ومرض السكري ، وارتفاع ضغط الدم والسرطان ، لا يمكن أن يتم فهمها والتعامل معها إلاّ من خلال إيجاد منهجية مستمدة من العلوم المذكورة حتى يتم التعرف والوقوف على عواملها وأسبابها والإسهام في إيجاد الحلول لها . لقد أكد كثير من الباحثين ارتباط الأمراض العصرية المزمنة مع عامل أساسي - إضافة إلي العامل الجيني - والذي يتمثل في العامل البيئي . فلقد أكد كثير من الباحثين أن التغير في البيئة الغذائية والتغير في البيئة الطبيعية يلعب دوراً في التسبب في حدوث مثل هذه الأمراض .

وإذا أخذنا مثالاً على ذلك من دول الخليج العربي وبالتحديد الكويت ، فإننا نجد أن هذه المجتمعات قد أصابها تغيرٌ بيئي في محيطها ، فانقلبت هذه الدول من دول صحراوية فقيرة تعتمد في معيشتها على ما تعرضه الصحراء والبحر من قوت وسبل عيش إلى بيئة غنية بثرواتها النفطية بعد تدفق البترول في أراضيها والذي على

أثره تغيرت كثير من مظاهر الحياة في هذه المنطقة . ولعل من أبرز التغيرات التي حدثت نتيجة لهذه الوفرة الاقتصادية هي التي تتعلق بالغذاء . فلقد تم تحول كبير في الغذاء الخاص بالفرد الخليجي وذلك نتيجة للانفتاح الخارجي ، وتوافر المادة التي تساعد على أن يكون جلب الطعام واستهلاكه وطلبه من المسائل السهلة واليسيرة . إن هذا التغير البيئي لا شك كان أحد العوامل المهمة في حدوث بعض الأمراض المزمنة وسنفرد تفصيلاً عن هذا الموضوع لاحقاً . وعند تناول مسببات الوفاة فإننا أيضاً نجد ارتباطاً بهذا التغير الذي حدث في المحيط البيئي الطبيعي والغذائي . فيمكن القول بأن هناك نقلة في مسببات الوفاة بين السابق والحاضر فأسباب الوفاة كان أحد أبرز أسبابها في فترة زمنية ماضية هو نتيجة الإصابة بالأمراض المعدية . فلم تعد تلك الأمراض المعدية هي تلك المسببة للوفاة ، وذلك نظراً لتقدم الطب في معالجة تلك هذه الأمراض ، إنما أصبح أحد أهم المسببات الخاصة للوفاة هي تلك التي تتعلق بالأمراض العصرية المزمنة . فأصبح هناك انتقالُ في أسباب الوفاة من الأمراض المعدية ، إلى الأمراض العصرية المزمنة .

ولقد وضحت كثير من الدراسات وركزت على موضوع أسباب الوفاة الخاصة والمتعلقة بأمراض القلب والأمراض الخبيثة . والتي قد تحدث في مراحل عمرية متوسطة بالإضافة إلى المراحل العمرية المتأخرة ، والتي نلاحظ انتشارها بشكل ملفت للنظر هذه الأيام- كما سوف يتم تفصيلها لاحقاً . ففي دراسة قام بها كروز Crews(1984) وضح فيها العلاقة بين ارتفاع نسبة الإصابة بأمراض القلب مع ازدياد نسبة الوفيات الناتجة عنها . فلقد وضح الارتباط المباشر لارتفاع ضغط الدم مع زيادة نسبة الإصابة بأمراض القلب في مجتمع الساماوا كمثال لأحد المجتمعات

المتحضرة . فارتفاع ضغط الدم يعتبر أحد أبرز الأسباب المرتبطة بأمراض القلب والتي ترتبط أساساً مع عمليات التحدي(McGarvey and Baker, 1979) .

كثير من الأبحاث الآن تتعامل مع العلم الانتقالي أو ما يسمى بيولوجية المجموعات السكانية لدراسة هذه الأمراض المزمنة ، فعلى سبيل المثال ، عند دراسة أمراض ارتفاع ضغط الدم نجد أن علم بيولوجيا المجموعات الإنسانية يحتل مكاناً بارزاً في دراستها ، وذلك ضمن منطلقها وإطارها الشمولي . فقد تم افتراض أن هناك عدة عوامل تسهم في ارتفاع ضغط الدم . من أبرزها عاملان رئيسيان يسهمان في التأثير على ارتفاع ضغط الدم خاصة في المجتمعات المتحضرة أو تلك التي تعاني من عمليات التغير الاجتماعي والثقافي ، وهما : التغير في نوع الغذاء ، والضغوط الاجتماعية والنفسية الخاصة التي يواجهها الفرد في حياته العامة (Dressler, 1987; Dressler and Bindon, 1997) . فقد أكدت كثير من الدراسات على أهمية هذين العاملين إضافة إلى ما يسمى أيضاً بعدم التوافق مع أسلوب الحياة The Model of the lifestyle Incongruity (Dressler, 1982; Dressler et al. 1994; Bindon, Crews and Dressler, 1991; Dressler and Bindon, 1997). هذه الدراسات أشارت بشكل واضح ارتباط وتأثير ارتفاع ضغط الدم بعدم التوافق مع أسلوب الحياة في العالم المتحضر . ولقد تم تحديد معنى ما يسمى بعدم التوافق مع أسلوب الحياة بأنه التعارض الذي يحدث بين أمرين : السعي لحالة أو وضع معيشي عال في أسلوب الحياة (والتي تتحدد بواسطة تراكم أو تكديس السلع والاحتياجات الاستهلاكية والسعي وراء مستوى عال من الرفاهية الجانبية) وبين الدرجة والمستوى الوظيفي الخاص بالأسرة . أي بمعنى آخر تعارض بين ما يتم إنفاقه في الأسرة ، وبين

ما تسعى إليه الأسرة من وضع اجتماعي يظهر مكانتها ورفعتها اجتماعياً من خلال استهلاكها للمواد والسلع المختلفة . هذا الوضع وهذه القاعدة الثقافية الاجتماعية للتعارض في أسلوب ونمط الحياة ترتبط ارتباطاً وثيقاً مع بعض المتغيرات الفيزيقية مثل ضغط الدم ، مما يعني أن الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم لا يمكن فهمه ومعالجته طبياً فقط ، إنما يحب معرفة العمليات الاجتماعية والثقافية المرافقة التي تحدث في المجتمع والتأثيرات الثقافية ؛ ولذلك ، ومن هذا المنطلق ، فإن منهجية وطرق بحث مشتركة من الأنثروبولوجيا البيولوجية والثقافية وبقية العلوم يمكن أن تسهم في فهم بعض من الإشكاليات الخاصة والمشكلات الصحية المرتبطة تحديداً بمرض ارتفاع ضغط الدم .

أما فيما يتعلق بالجانب الجيني لارتفاع ضغط الدم ، فلا يمكن إنكاره هنا ؛ إذ إن الجينات الإنسانية تلعب دوراً مهماً في التأثير على مدى التعرض للإصابة ببعض الأمراض . وقد يكون ذلك من أبرز اختصاصات المشتغلين في العلوم الطبية ، إلاّ أن ذلك لا يمنع من أن الأنثروبولوجيا بشكل عام تشارك في المعالجة وذلك من خلال التأثيرات الثقافية التي قد تلعب دوراً في فهم آلية حدوث هذه الأمراض . فعند الحديث عن العوامل الجينية المؤثرة في أمراض الشرايين والقلب ، وضح بيرلي وزملاؤه .Barley et al في دراستهم ارتباط ما يسمى بالجينات المتعددة الأشكال Polymorphic genes بأمراض القلب في مجتمعي السود والبيض في الولايات المتحدة . وقد وضحوا كيفية ارتباط الجينات الخاصة لكل من هذه الجماعات العرقية بمرض القلب وكيفية اختلاف هذه الفئات بما يحملونه من صفات جينية مختلفة . فعلى حد زعم كروز Crews (1994) فإن التعرض للجين المرضي يختلف باختلاف

الثقافة السائدة ، وهذا يمكن اختياره وتحديد أوجه الاختلاف في مقدار التعرض للإصابة . فهذه العوامل التي سبق ذكرها تلعب دوراً مهماً في التعرض للإصابة بأمراض القلب والشرايين .

ومثال آخر للأمراض العصرية المزمنة هو مرض السكري المنتشر بشكل كبير في المجتمعات المتحضرة مما يجعل منه أحد أبرز المشكلات الصحية التي تواجهها هذه المجتمعات في الوقت الراهن . وهذا المرض أو الخلل الفسيولوجي لا يمكن فهمه إلا من خلال فهم العوامل التي أدت إلى حدوثه في هذه المجتمعات ، والتي من أهمها - كما سبقت الإشارة - التغير في البيئة ، والتغير في الغذاء ونمط التغذية على أنه أبرز نتائج التحديث .

لقد تم التأكيد على قضية صحية مهمة مرتبطة بمرض السكري ، والتي تتعلق بزيادة في معدلات السمنة . فهناك ارتباط ما بين الإصابة بمرض السكري ودرجة السمنة للأفراد الذين يعيشون في العالم المتحضر (Baker,1984) ، فمرض السكري يعرف بأنه اضطراب أو خلل في عملية التمثيل والبناء الخاصة بالجسم الإنساني Metabolism . هذا الخلل يشمل التمثيل والبناء الخاص في الكربوهيدرات ، والبروتين ، والدهون ، والأنسولين الموجودة داخل الجسم ، إضافة إلى ذلك الخلل في البناء المتعلق بشرايين الدم (Eaton, 1977) ، وعند استخدام مفهوم العلم الانتقالي للأمراض العصرية المزمنة فإننا نحتاج لفهم نموذج تفسيري واضح ومحدد . هذا النموذج يأتي أساساً من فروع علمية متعددة . ففي المثال السابق والمتعلق بمرض السكري فإننا نحتاج لفهم العامل الجيني أولاً في تحديد مدى إمكانيته في التأثير على الشخص ليكون مصاباً بهذا المرض . فمن المعروف أن هناك

تأثيراً جزئياً للجينات يسبب الإصابة بمرض السكري المعروف بالنوع الثاني Type II Diabetes (Crews and jame, 1991) . والتأثير البيئي أيضاً لا يمكن أن نتجاهله في حدوث الإصابة بهذا المرض . فالتغير في طرق الحياة والعيش وخاصة التغيرات التي حصلت في طرق التغذية والمعطيات الغذائية أصبحت تعرف على أنها عامل أساسي في وجود بعض الأمراض ، ولذلك فإن المعرفة بعلم التغذية تعتبر أمراً مهما لمعرفة الأجزاء أو المكونات الغذائية ، مع المعرفة المرتبطة أساساً بالأنثروبولوجيا الثقافية لتحديد عوامل التغير الاجتماعي والثقافي الذي حدث للمجتمع والتي ارتبطت بتغير الغذاء . فعلى حد ما زعمته إيتن (Eaton, 1977) فإن التغير الثقافي ارتبط بشكل كبير بزيادة نسبة الكربوهيدروات الموجودة في الغذاء في الغرب . فنوعية الغذاء الجديد حملت نوعاً من أنواع المواد المختلفة كما سنرى فيما بعد .

أما فيما يتعلق بطرق البحث العلمي المستخدمة ، والتقنيات المطلوبة للاستخدام في معالجة هذا المرض وطلب المعلومات الخاصة به ، فإن الحاجة إلى التقنيات والأدوات المختبريه مسألة لا يمكن الاستغناء عنها في محاولة قياس معدل الإصابة ودرجتها . فمن المعروف أن هناك درجات معينة تحدد ما إذا كان الشخص يعاني من مرض ارتفاع السكر أم لا . ولذلك فاللجوء إلى التحليلات المختبريه مسألة ضرورية . وقد تم أيضاً استخدام المقياس المحمول Portable monitors وسيلة لجمع المعلومات في حقل الدراسة (Fitton and Crews, 1994) .

فالقضية هنا واضحة في الاعتماد على المنهج الخاص في العلوم الطبية في لاستكشاف والحصول على معلومات عن أمراض طبية لعبت مسألة التغير الاجتماعي الثقافي - كما سنرى فيما بعد- الدور الكبير والمهم فيها . وهذا يعطينا

فهماً أوضح لكيفية استخدام العلم الانتقالي (بيولوجيا المجموعات السكانية) لهذه الوسائل والطرق ومعالجته للأمراض العصرية المزمنة ، وذلك من خلال أخذ منهج بحثي ونظري من فروع بيولوجية وطبية على حد سواء .

ومثال أخير على هذه الأمراض هو أننا نجد أن التعرض إلى مرض السرطان ، الذي انتشر بشكل كبير ومخيف في الآونة الأخيرة في المجتمعات المتحضرة ، يعد أيضاً من الأمراض التي تتطلب ذلك العلم الانتقالي للمشاركة في معالجتها والبحث عن أهم مسبباتها ، فكما يقول كروز وجيمس (Crews and James, 1991) . إن الغذاء ، البيئة المحيطة والطبيعة ، الجينات تلعب دوراً واضحاً أيضاً في وجود هذا المرض في العالم المتحضر وانتشاره . وهو أمرٌ لا يحدث وينتشر في كل العالم والمجتمعات التقليدية بكل تأكيد .

كثير من الأمراض لا يمكن أن تفهم إلاّ من خلال محتواها الثقافي والطبي والبيولوجي . إن عملية التفسير من خلال اندماج من فروع عملية مختلفة هي الصفة الأهم التي تميز مفهوم العلم الانتقالي المسمى ببيولوجيا المجموعات السكانية . ثمة اقتراح بأن المختصين في بيولوجيا المجموعات السكانية هم المعنيون بشكل مباشر في دراسة مثل هذه الأمراض . فاندماج علوم وفروع مختلفة من العلوم الاجتماعية والعلوم الطبيعية تزودنا- كما يقول لتل وهاس Little And Hass -(1989)بفهم واسع وشامل للنوع الإنساني ، وبيولوجيا المجموعات الإنسانية المكونة من الفروع المدمجة سوف تساعدنا بدورها لفهم الصحة والأمراض وكيف أنها تتأثر بواسطة بيئات ثقافية وطبيعية مختلفة .

الفصل الثالث

الأساس البيولوجي والثقافي للاختلافات الفيزيقية للمجموعات العرقية في المجموعات السكانية

The Biological Basis for the Physical Differences among Ethnic Groups in the Population



الفصل الثالث

الأساس البيولوجي للاختلافات الفيزيقية للمجموعات السكانية

The Biological Basis for the Physical Differences among Ethnic Groups in the Population

الجماعة العرقية Ethnic Group :

هناك حقيقة أساسية مفادها أن الجماعات السكانية المتعددة تختلف في بنيتها الداخلية والخارجية ، فهي يختلف بعضها ظاهرياً وجينياً عن بعضها الآخر . فالشكل الخارجي والتركيب الجيني لكل مجموعة سكانية يتشابه في بعض الصفات ، ويختلف بدرجة أكبر عن غيره من المجموعات السكانية الأخرى ؛ ولذلك نجد أن هناك نوعاً من أنواع التمايز عند النظر إلى مجموعات سكانية مختلفة .

وإذا أردنا بداية أن نعرف معنى الجماعة العرقية ، فإننا نستطيع أن نقول - كما جاء في الموسوعة البريطانية (2000) أن الجماعة العرقية هي عبارة عن جماعة اجتماعية أو مجموعة من السكان موجودة داخل مجتمع أكبر ، ويشتركون فيما بينهم بعناصر متعددة مثل العرق اللغة ، الجنسية ، الثقافة وغيرها من الأمور التي تربط بينهم داخل المحيط المجتمعي الأكبر .

ويعرف العرق من المنظور الفيزيقي أنه تشابهات في التركيبات والترددات الجينية للمجموعة السكانية الواحدة ، والتي ينتج عنها اختلافات جينية عن

المجموعة السكانية الأكبر في المجتمع الذي تعيش فيه (Harrison, at el., 1988) ، فهي اختلافات فيزيقية تلعب فيها الجينات دوراً بارزاً في تحديد هذه الاختلافات بين المجموعات السكانية .

ولقد خلص سعد الدين إبراهيم (1992) إلى أن مفهوم العرق - كما ورد في الأدبيات الخاصة بهذا الموضوع - يعتبر كلمة مشتقة أساساً من أصل يوناني (Ethno) «بمعنى شعب أو أمة أو جنس» ، وأن هذا المصطلح يستخدم ليشير إلى الجماعة البشرية التي تشترك في كثير من الصفات الخاصة بالعادات والتقاليد واللغة والدين والملامح الفيزيقية ، والأصل القومي وغيرها من السمات التي تشكل محور الخلاف ما بين المجموعة العرقية والجماعات البشرية الأخرى . وينطوي اختلاف الجماعة العرقية الواحدة على عنصرين أساسيين : «عنصر ذاتي ، وعنصر موضوعي» العنصر الموضوعي هو وجود الاختلاف والتباين بالفعل في أي من المتغيرات المذكورة (اللغة ، الدين ، الثقافة ، الأصل القومي ، السمات الفيزيقية) . أما العنصر الذاتي فهو إدراك أفراد تلك الجماعة وإدراك الجماعات الأخرى القريبة منها لهذا التباين والاختلاف ، وهو ما يؤدي إلى الشعور بالانتماء إلى جماعة معينة في مواجهة الجماعات الأخرى (Milton Gordon : نقلاً عن إبراهيم ، 1992 ، ص٢٣) .

ويوضح إبراهيم أيضاً أن هناك خاصتين مهمتين تميزان الجماعة العرقية أو الجماعة الإثنية عن بقية الجماعات هما :

١- **العضوية غير التطوعية** :- وهي تعني أن أفراد الجماعة يولدون فيها ويرثون خواصها الإثنية مثل الدين أو اللغة أو لون البشرة ، وبالتدرج يكتسبون بقية

خواصها الثقافية والمزاجية . فالفرد عند مولده لا يختار الجماعة الإثنية التي ينتمي إليها ؛ فهو لا يقدر مثلاً أن يكون أبيض البشرة أو أسودها ، فهذه السمات تفرض على الفرد قبل أو عند مولده . وحتى بعض الخصائص الإثنية الممكن تغيرها مثل الانتماء الديني أو المذهبي - لا يتم عادة إلاّ بعد ان يصل الفرد إلى مرحلة عمرية أكبر (ص : ٢٥) . فالإنسان يولد ضمن انتماء ديني محدد ومذهب معتنق من قبل أسرته وبيئته الاجتماعية المحيطة .

٢- **التزاوج الداخلي** :- قد يحدث زواجٌ خارجي ولكن الزواج الداخلي هو القاعدة للجماعات العرقية ، ولذلك فإن الجماعة العرقية تتميز بهذه الخاصية ، فهاتان الخاصتان هما اللتان تحفظان كيان هذه المجموعة العرقية ؛ ولذلك يمكن القول إن الجماعة العرقية الواحدة تتميز بعنصرين أساسيين ، وتحملهم سمتين خاصتين بها : السمة الأولى هي السمة الثقافية والمتعلقة بثقافة وسلوك الجماعة السكانية ؛ والسمة الثانية هي تلك السمة الفيزيقية والتي تتعلق ببعض من مظاهر التشكيل البيولوجي الخاص بالفرد المنتمي للجماعة العرقية ، سواء أكان ذلك يرتبط بالمظهر الخارجي للإنسان أي شكله الفيزيقي الخارجي من طول ، ولون ، حجم وشكل ، أو مظهر داخلي خاص به متعلق بالتركيب الجيني والتكرارات الجينية الموجودة والمتشابة نوعاً ما في المجموعة السكانية الواحدة ، والتي تعتبر في النهاية هي المسئولة أيضاً عن المظهر الخارجي الخاص بالفرد .

الاختلافات العرقية في المجتمعات الإنسانية :-

عندما نتحدث عن الجماعة العرقية فإننا نتحدث عن تواجدها في أقاليم وحدود جغرافية محددة . فهناك كثير من الأقاليم الجغرافية الموجودة في العالم

تحتوي على أعداد كبيرة من المجموعات السكانية المختلفة ، والتي تشمل بدورها جماعات عرقية لها سماتها المميزة والمحددة سواء أكانت فيزيقية أو ثقافية . إن ذلك لا يعني أن الجماعة العرقية الواحدة تتقيد أساساً في إقليم محدد وضمن حدود سياسية معينة وفق الخريطة الجغرافية العالمية ، بل الجماعة العرقية تتعدى ذلك الإقليم المرسوم سياسياً لتشمل تجمعات مختلفة في أقطار وبلدان متعددة . فعلى سبيل المثال ، الأكراد الموجودون والمنتشرون في أربع دول أو أقاليم أساسية هو خير دليل على ذلك . فهناك الجماعات العرقية الكردية الموجودة في إيران والعراق وسوريا ، إضافة إلى تركيا . فقد فصلت بينهم الحدود السياسية ولكن تصنيفهم العام يدخل ضمن الإطار العام للجماعة الكردية على الرغم من أن هناك تفاوتاً فيزيقياً وثقافياً للمجموعة نفسها في كل إقليم فرضته بعض من ظروف العزلة الجغرافية . إن انتشار الجماعات العرقية يتعدى الإقليم الواحد ليمتد أيضاً ويشمل الجماعات العرقية الواحدة التي تنتشر في أقطار متعددة من العالم ، وذلك نتيجة لعوامل الهجرة الجماعية لمجموعة سكانية محددة ، ولذلك فالأقاليم الواحدة يحتوي على عدة جماعات عرقية متفرقة حدثت نتيجة تغيرات معينة في تاريخ المجتمع .

ولعل من أبرز المجتمعات التي تتعدد فيها الجماعات العرقية ، وهو المجتمع الأمريكي . فهناك تنوع في الثقافات الفرعية الخاصة داخل هذا المجتمع والذي حمل كثيراً من الاختلافات والتنوعات في السلوك الاجتماعي والثقافي وأيضاً الفيزيقي للفرد الأمريكي . ولا شك بأن القوانين الخاصة بهذا المجتمع هي التي سمحت بشكل مباشر بوجود هذه التنوعات والاختلافات ، ومن ثم أصبح ينظر للفرد على أنه أمريكي بغض النظر عن شكله أو دينه ، أو عاداته أو سلوكه .

وكما يذكر مولنر (1992) Molonor فهناك زيادة كبيرة ومطردة للمهاجرين إلي الولايات المتحدة من مناطق مختلفة حول العالم مثل المكسيك والفلبين وفيتنام والصين والهند وإيران وألمانيا وتركيا ، ومصر وغيرها من البلدن . هذا بالإضافة إلي المهاجرين الأوائل من أوربا مثل فرنسا وأسبانيا وغيرهم . إضافة إلى ذلك فأن أكثر من ١٩مليون شخص (١ لكل ١٣ شخصاً) من سكان الولايات المتحدة هم من الذين ولدوا في أقطار أخرى غير الولايات المتحدة . ولعل هناك زيادة كبيرة في أعداد الخصوبة لهذه الجماعات العرقية في الولايات المتحدة ، فحسب زعم إدارة الشئون الحربية Department of Veterans Affairs أن نسبة ثلث السكان في منتصف سنة 2000 هم من الجماعات الأقلية ، وذلك نتيجة للزيادة الكبيرة في أعداد هذه الجماعات . ولعل المهاجرين الأوئل للولايات المتحدة دخلوا تحت مفهوم ما يسمى «بالاندماج الثقافي والتمثل» Acculturation and Assimilation فهم يتميزون عن أولئك المهاجرين اللاحقين بأنهم هم الذين شكلوا الجماعة الأم أو ما يسمى بالثقافة المسيطرة على هذا المجتمع ، ولعل من المناسب هنا أن نذكر مفهوم الاندماج الثقافي على أنه أبرز عمليات التغير الاجتماعي والثقافي وتأثير ذلك على الجماعات العرقية وتشكيلها .

الاندماج الثقافي Acculturation :

عندما نتحدث عن مفهوم الاندماج الثقافي فإننا يجب أن نشير إلى ذلك التعريف الشهير الذي استخدمه بدايةً لينتن ، ورد فيلد ، وهيروسكوفتس في سنة Linton , Redfield , and Herskovits 1936 والذي يعتبر بدوره انطلاقة لهذا المفهوم بالظهور على الساحة الاجتماعية . وفي الدراسات التي تتعلق بعمليات

التغير الاجتماعي والثقافي . يعتبر الاندماج الثقافي أحد عمليات التغير الاجتماعي والثقافي للمجتمع . فالإشارة إلى هذا التعريف تعطى تصوراً واضحاً في كيفية التقاء واتصال الجماعات الإنسانية بعضها مع بعض واحتكاكها وما ينتج عن هذا الاتصال والالتقاء من عملية تغير مصاحبة تؤثر على السمات الثقافية وأحياناً على الصفات الفيزيقية للجماعات الإنسانية عندما يتم التزاوج بينها وبين المجموعات السكانية الأخرى . فالاندماج الثقافي هو تلك الظاهرة التي تنتج عندما يكون هناك مجموعة من الأشخاص الذين يحملون ثقافة مختلفة عن الثقافة الأم ، ويتصلون باستمرارية وبشكل مباشر مع هذه الثقافة الأم ، والذي يحدث على أثره تغيرات ثقافية متتالية في أنماط الثقافة الأصلية لكل من المجموعتين أو لإحداهما . وبهذا التعريف نستطيع أن نميز بين الاندماج الثقافي وما يسمى التمثل أو التمثيل Assimilation وبين الانتشارية Diffusion ، وكذلك المفهوم الأشمل وهو التحول الثقافي فهي مصطلحات ليس متشابهة . فالاندماج الثقافي يمكن أن يكون أحد عمليات التغير الاجتماعي الثقافي ، والذي يعتبر مفهوماً أشمل وأوسع وهو يختلف عن التمثل أو التمثيل Assimilation الذي يعتبر طورا أو مرحلة من أطوار أو مراحل الاندماج الثقافي . فهي مرحلة متقدمة جداً من مراحل الاندماج حيث يحدث اندماج كلي للمجموعة السكانية أو الفرد على أثر ذلك يحدث التمثل أو التمثيل في السلوك الاجتماعي . وهي أيضاً تختلف عن الانتشارية للعناصر الثقافية إذ إن الانتشار من الممكن أن يحدث ليس بالضرورة نتيجة الاتصال المباشر (Linton , Redfield , Herskouits, 1936) ، فبهذا المعنى فإن الاندماج الثقافي يفترض أن يحدث بوجود :

١- جماعتين مختلفتين ثقافياً .
٢- اتصال مباشر وجهاً لوجه بينهما وبشكل مستمر .
٣- إحداث تغير في أنماط الثقافة .

ومن جانب آخر يذكر البعض ثلاثة جوانب رئيسية في مفهوم الاندماج الثقافي . قد يريدون بها العمليات الخاصة بمراحل الاندماج الثقافي ، وتتكون هذه المراحل الثلاث مما يلي : (انظر : منى عبد الرحمن ، 1996 ، ص 97-98) :

١- التمثل الثقافي : وهو يعتبر شكلاً من أشكال الاندماج الثقافي . يعمل التمثل الثقافي على إضعاف الاختلافات الموجودة بين ثقافتين ، ومن ثم يعمل على زيادة مظاهر التوحد في الاتجاهات والمصالح والأهداف المشتركة بين الثقافتين .
٢- التواؤم الثقافي : وهو الذي يعمل على تذويب الاختلافات بين الثقافتين التي سببها اختلاف القيم والعادات والتقاليد والأعراف والاتجاهات السائدة ومدى محافظة أفراد المجتمع ، إلى جانب سيطرة القوى السياسية السائدة على القوى الاجتماعية-الاقتصادية في مجتمع معين . ويبرز أهم أشكال التواؤم الثقافي فيما يسمى بالاستسلام الذي يعني أن الثقافة الأضعف تخضع لشروط الثقافة الأقوى طوعاً أو كرهاً .
٣- المزج الثقافي أو المثاقفة : ويطلق عليه البعض أيضاً التثاقف ، فهو تغير ثقافي كبير يحدث من خلال انتشار بعض العناصر والمركبات الثقافية من مجتمع لآخر نتيجة للاحتكاك الثقافي بين مجموعتين سكانيتين . فهذه العملية تعتبر استجابة محددة لنمط معين من الاتصال الثقافي ، والتي تخضع عادة إلى إعادة التشكيل الثقافي ومزج لأي من الثقافتين المتصلتين أو المتفاعلتين .

فعندما تنتقل مجموعة سكانية من مكانها الأساسي إلى ثقافة مغايرة فإن هناك تمايزاً سوف يبدو واضحاً بين الثقافتين ، سوف تكون هناك عملية تكيف أو محاولة للتأقلم مع الوضع الجديد . وهذا ينتج بطبيعة الحال أحد الأمرين : - إما أن يكون هناك توافق وانسجام بين المجموعتين ، وعلى أثرهما تسهل من عملية الاندماج ، ومن الممكن أن يؤدي في النهاية إلى التشابه الثقافي في بعض الأوقات ، وإما أن يكون هناك تعثرُ في عملية الاندماج فيحدث نوعُ من أنواع الصراع وتكون حالة متطرفة ، أو يحدث اندماجُ ذو مستوى متوسط يستطيع أن يحافظ فيه الشخص المهاجر على سماته الثقافية التي اكتسبها من المصدر مع التأثر بالمجتمع الأم . وفي دراسة مفهوم الاندماج الثقافي على المهاجرين العرب اللبنانيين في مدينة ديربون في ولاية متشغن الأمريكية ، قام عاطف وصفي (1971) بتوضيح هذه الظاهرة من خلال تحليله لما يسمى بالأسلوب الإجباري ، والأسلوب الاختياري أو الإرادي لعملية اندماج هذه المجموعة السكانية في المجتمع الأمريكي . فاستخلص وصفي أن المهاجرين اللبنانيين قد مروا بهذين الأسلوبين من عملية الاندماج ، أي : الإجباري ، والإرادي . فقد اضطرت الجالية اللبنانية إلى إلحاق أبنائها بالمدارس الأمريكية وذلك أن القوانين الأمريكية تحتم خضوع الجميع إلى فترة التعليم الإجباري ، وتفرض على الأطفال استخدام اللغة الإنجليزية في المدارس ، إضافة إلى أن الزواج يعتبر خاضعاً إلى القوانين المدنية التابعة للولاية ؛ ولذلك فإن عملية خضوع هذه الجالية لهذه القوانين يعتبر أمراً إجبارياً وليس اختيارياً .

أما الأسلوب الإرادي الذي سجله وصفي لدى هذه المجموعة السكانية المهاجرة ، فقد وجد بأن كثيرا من اللبنانيين أخذوا كثيرا من أنماط وثقافة المجتمع

الأمريكي بشقيها المادي واللامادي بمحض إرادتهم ورغبتهم الشخصية .حالات الزواج من أمريكيات ، مما كان له أثره حتى على السمات الفيزيقية .

إضافة إلى ذلك فإن هناك حالات أخرى من الإجبار تتعدى عملية الإجبار السلمي ، حتى إن المستعمرات قد تفرض نوعاً من الإجبار العسكري أو الإجبار باستخدام القوة لقبول كثير من المعتقدات والعادات والممارسات الثقافية المختلفة .

ولعل أدل مثال يوضح أسلوب الإجبار الذي يستخدم القوة ، والتي تؤثر بدورها على قبول كثير من المفاهيم والعناصر الثقافية بشقيها المادي وغير المادي هي تلك الفترة التي عاشها الكويتيون أثناء الاحتلال العراقي الغاشم في ٢/ ٨/ ١٩٩٠ ، والذي استمر قرابة سبعة أشهر . فانتشرت نتيجة للاتصال الثقافي بين الجنود العراقيين ، وأفراد المجتمع الكويتي بعض من العناصر الثقافية بشقيها المادي واللامادي . وفي النهاية فإن الأمر يرجع إلى الثقافة الأقوى ومدى قدرتها على نشر ثقافتها ، وعلى تقبل الثقافة الأقل قوة ومدى تقبلها لاكتساب هذه الثقافة الدخيلة .

فالحياة الثقافية الجديدة هي التي تفرض قبولها أو رفضها أو الوقوع بين القبول والرفض بحيث يحتفظ الشخص بكثير من خصائصه الثقافية المميزة ، ويملك «المفتاح الثقافي» للدخول في المجتمع الآخر .

إن عملية التشابه الثقافي هي عملية تخلّ وترك الثقافة الأصلية ، والانخراط كلية في المجتمع الجديد . فالسلوك الاجتماعي ، والعادات والتقاليد ، واللغة ، وجميع المحددات الثقافية تتوغل في المجتمع الجديد بحيث لا يوجد هناك شعور في عملية التميز بين الثقافتين المختلفتين أصلاً . فالثقافتان - ولا سيما بعد مرور وقت كاف - تصبحان ثقافة واحدة تحمل خصائص ثقافية عامة تجعلها مميزة عن غيرها

من الثقافات . فهي عبارة عن عملية اندماج كلي للمجتمع الجديد . ولا شك أن سرعة هذا التغير والتشابه تعتمد كما ترى لوري (Lurie, 1968) على الشخص أو المجموعة نفسها . فإذا كانت هناك رغبة في تغير الهوية من قبل الشخص المهاجر ، فإن عملية التشابه الثقافي سوف تحدث بصورة سريعة .

إن عملية التشابه الثقافي والاندماج الكلي تجعل السمات الثقافية الخاصة لدى المجموعتين تؤثر بشكل مباشر على عملية التشابه في السمات الفيزيقية والمورثات الجينية أيضاً ، وذلك من خلال عملية التزاوج التي تحدث بين المجموعتين . فالتزاوج المتكرر يفرز هجيناً فسيولوجياً وفيزيقياً لمجموعتين سكانيتين مختلفتين فيزيقياً أساساً اقتربا نتيجة لتشابه ثقافي حدث بينهما . وهذا نستطيع ان نلاحظه بوضوح لدى المهاجرين الأوائل للولايات المتحدة . فعملية التزاوج تقضي على الفروقات الفيزيقية عبر الأجيال المتلاحقة .

ولكن نجد من ناحية أخرى أن هناك الكثير من الجماعات السكانية التي لم تستطيع ولم تتمكن لأي سبب من الأسباب من الاندماج الكلي مع الثقافة المضيفة ، والتي جعلت من ثقافتها طابعاً مميزاً مختلفاً من الثقافة الأم ، والتي اجتمعت فيما بعد تسمى بالجماعة العرقية (عبد الله عبد الغني غانم ، 1989) . وما يهمنا في هذا الصدد هو أن المجموعات السكانية التي تحمل معها خصائصها المميزة ، والتي يستطيع أن يميزها الآخرون ، وهم أيضاً يشعرون فيما بينهم بأنهم جماعة مميزة ثقافياً هم الذين نستطيع أن نطلق عليهم الجماعة العرقية . فهي مجموعة سكانية لم تستطيع لأي سبب من الأسباب من الاندماج الكلي أو التشابه الثقافي مع المجتمع الأم أو الثقافة المضيفة . ولذلك تولد نوعٌ من الاختلاف والفروقات بينها وبين

المجموعات السكانية الأخرى .

ولا شك ان هذه الجماعات العرقية سوف يكون لها سلوك مختلف بعض الشيء عن المجتمع الأصل ، ولها ممارستها الثقافية المميزة التي ظهرت في مختلف أوجه الحياة . ولها نمطها وممارستها فيما يتعلق بنظام الزواج على سبيل المثال فلها بعض العادات الخاصة المصاحبة لهذه الظاهرة . ولها أيضاً بعض من الممارسات الخاصة في نظم التطبيب والتداوي ، ولها أيضاً خصوصية ترتبط بدرجة كافية مع البيئة المحيطة وخاصة فيما يتعلق بمسألتي الصحة والأصابة بالأمراض العصرية المزمنة مثل ضغط دم ، وسكر ، وأمراض قلب وارتباطها بالجماعات العرقية أو الجماعات التي تتعرض للاندماج الثقافي في المجتمع الأم أو الثقافة الأصلية .

ولا شك ، أنه مهما كانت الظروف الاجتماعية مهيأةً لعمليات الاندماج الثقافي ، فقد تحافظ المجموعات السكانية على وجود خصائص ثقافية وفيزيقية تميزها عن بقية أفراد المجتمع في كثير من الأحيان ؛ فهناك عوائق متعددة تمنع عملية الاندماج الكلي سواء كانت هذه العوائق مقصودة أو غير مقصودة فهناك جماعات عرقية كثيرة حافظت على كيانها على الرغم من التأقلم الكبير مع المجتمع الأصلي .

العوامل التي تساعد الاختلافات البيولوجية والثقافة للمجموعات السكانية :-

كما سبقت الإشارة في البداية ، يستخدم اللفظ «العرق» Race للإشارة إلى المجموعة التي يتم التزاوج بينها في إطار محلي داخلي ، أو هي حتى المجموعات الكبيرة من الجماعات السكانية التي تقطن قارة بأكملها ، والتي تسمى بالعرق الجغرافي . والعرق أيضاً مصطلح يطلق في كثير من الأحيان ليتم به وصف المجموعة

الثقافية أو المجموعة السياسية مثل الأرمن ، الإنجليز ، اليهود ، وغير ذلك . ويستخدم في كثير من الأحيان مصطلح العرق الإنساني أو العرق البشري The Human Race ويعتبر أشهر التعريفات الخاصة في الوقت الحالي وأكثر استخداماً هي تلك التي تشير إلى أن العرق أو الجماعة العرقية هي تلك المجموعات السكانية التي تختلف بالتركيب الجيني المتوارث من الأسلاف لغالبية السكان . ولكن ما العوامل التي ساعدت على هذه الاختلافات البيولوجية والثقافية للمجموعات السكانية المختلفة؟ وما الظروف التي هيأت حدوث مثل هذا الاختلاف ؟ .

لا شك بأن التنوع البشري الموجود في أنحاء العالم والمتوزع بمناطق جغرافية متعددة عبر الزمان والمكان يعتمد على عوامل متعددة ويرتبط بها . أغلب هذه العوامل ارتبطت بعوامل الترددات والتكرارات الجينية عبر الأجيال المتتابعة . إن الإنسان على مر العصور يتميز بأنه متنقل من مكان لآخر بشكل كبير . وهذا الإنسان قد قام بمجاراة البيئة الطبيعية التي يعيشها ، وفي النهاية قام بالتكيف معها . هذا التأقلم والتكيف مع البيئة في منطقة جغرافية محدودة قد ولد لديه نوعاً من توسيع النظام الاجتماعي الذي ينتمي إليه ، والذي قام بتعديل السلوك الإنساني ، ولا سيما السلوك أو النظام المرتبط بالتزواج . ففي عملية إنشاء وتحديد حدود جغرافية محددة للمجموعة السكانية أو المحيط أو الدائرة الزواجية - إن صح التعبير - من جهة وإضافة إلى وجود بعض العادات والتقاليد المصاحبة التي قد ترفض في كثير من الأحيان الأشخاص والمجموعات السكانية الأخرى الخارجة عن الإطار الجغرافي ، ينشأ توجيه وتحديد التركيب الجيني للمجموعة السكانية للأجيال المتعاقبة والذي يزيد من طرق التزاوج غير العشوائي . فمعيشة المجموعات السكانية في مناطق

محددة قد ساعد بشكل كبير على التوزيع والاختلافات البيولوجي بين الإنسان ووجود السلالات البشرية وذلك عبر التاريخ الإنساني وعبر الأجيال . وهذا بالطبع لا ينفي بعض من التغيرات التدريجية التي تحدث للسكان وذلك نتيجة الاتصال بينهم . (انظر : محمد الحداد ومحمود النجار ، 1985 ؛ Molnor, 1992) ، ويجب أن نستدرك نقطة معينة مهمة عند تحديد الجماعات العرقية . فكما سبقت الإشارة ، فإن مفهوم الجماعة العرقية يعتبر مفهوماً ثقافياً وبيولوجياً فعندما نقوم باختيار مجموعة سكانية محددة فإنه يعتمد بالدرجة الأولى على هدفنا وغرضنا من هذا الاختيار ؛ ولذلك ، يجب أن نضع في اعتبارنا هذا الهدف أو الغرض ، وأن نعمل ضمن هذا الإطار . فعلى سبيل المثال ، يجب ألا نحدد جماعة أو وحدة عرقية معينة بناءً على معيار اجتماعي ديني ، ومن ثم نحاول أن نقدم تفسيرات وتحليلات خاصة عن ظهورهم أو وجودهم من منطلق بيولوجي . والقضية نفسها يمكن أن تنطبق بشكل معكوس ، فلا يمكن أن نحدد مجموعة عرقية جغرافياً ، ومن ثم تقدم تفسيرات وتحليلات خاصة عن ظهورهم أو وجودهم من منطلق سياسي أو اجتماعي أو ديني (Molnor, 1992) .

ويجب أن نضع بعين الاعتبار بأن المعايير الاجتماعية والثقافية والسياسية تلعب دوراً في خلق حدود بين المجموعات السكانية المختلفة . فالاختلافات السياسية أو الدينية على سبيل المثال في أي مجتمع من المجتمعات تقلل بل قد تمنع في كثير من الأحيان التزاوج المتداخل ما بين هذه الطوائف (Molnor, 1992) وإذا نقلنا هذه القضية إلى مجتمعاتنا المحلية ، ففي المجتمع الكويتي على سبيل المثال ، لا يتم التزاوج بين الطائفتين الدينيتين الرئيستين من شيعة وسنة إلا في أضيق الحدود . فقد أشارت

إحدى الدراسات إلى وجود توافق زواجي ثقافي عال حتى بين درجة التدين عند الكويتيين (Abdullah, 1999) فالقاعدة هنا مبينة على أساس التزاوج الداخلي ضمن الطائفة أو المذهب الواحد فقد حافظت الفئة الدينية الأقل حجماً وهم الشيعة في هذا المجتمع بكونها جماعة عرقية محددة منع التزاوج المتداخل من اختلاط المحددات الجينية والثقافية عبر الأجيال في هذه البقعة الجغرافية . ولذلك نستطيع القول بأن بعض المحددات أو العوامل الدينية ، أو الاقتصادية أو السياسية والتنافر داخل المجتمع الواحد قد يكون أحد نتائجه العزلة بين المجموعات السكانية ، والتي يشار إليها في النهاية - على أنها مجموعات عرقية ، أو مجموعات سكانية محددة في ثقافتها وتركيبها الجيني .

إن التزاوج أو نمط الزواج السائد والعمليات الاجتماعية المصاحبة له يؤثر بشكل كبير على تكوين الاختلافات الفيزيقية والبيولوجية بين المجموعات السكانية . الإنسان يعتبر كائناً فريداً إذا ما قورن ببقية الكائنات الحية بالنسبة للزواج . فالتنظيم الاجتماعي والسلوك الثقافي الموجه يلعبان دوراً مهماً في عملية التزاوج ويجعلان الإنسان فريداً في تفاعله مع القوى السلوكية والبيولوجية معاً . وبسبب السلوك الإنساني يكون هناك توزيع في الجينات في مختلف المناطق والوحدات الجغرافية . المجتمع هو الذي يحدد من الأشخاص مَن سوف يتزوج (من) . فمن يتزوج من هي مسألة مجتمعية تتحدد وفق ضوابط سلوكية معينة ينتج من خلالها الجيل القادم . فالنظام الاجتماعي والتقاليد والأعراف ونظام المحرمات يحدد العلاقات الجنسية ويؤسس القاعدة الأساسية لحياة العائلة . وكذلك الحال بالنسبة للعشيرة ، والفخذ ، والطبقة الاجتماعية المغلقة ، والمؤسسة الدينية . هذه المحددات

الثقافية هي التي تخلق الحدود التي تؤثر على التركيب والامتزاج الجيني للجيل القادم بالنسبة للمجموعات السكانية(Molnor, 1992) .

فالنظام الاجتماعي يعتبر مسألة مهمة في تحديد الترددات الجينية للأجيال القادمة ، فإذا كان مجتمعاً يسود فيه الزواج بين الأقرباء على سبيل المثال ، كما تمت الإشارة إليه في السابق ، فإن الترددات الجينية تكون متشابهة . وإذا كان مجتمعاً يعتمد على الزواج من خارج الدائرة الاجتماعية أو خارج الحدود الجغرافية ، فإن ذلك بكل تأكيد يساعد على ما يسمى بتبادل الجينات المختلفة بين المجموعتين . فهناك بعض المجتمعات التي من تقاليدها زواج الرجل من امرأة من خارج إطار محيطه الجغرافي فيبقى الرجل في مجتمعه ، والمرأة تكون من الخارج . فيتم هناك اقتران وتشابه بين مجتمعين ، وحتى في وجود بعض الجينات المضرة فإنها مع الوقت وتعاقب الأجيال يتم التقليل من فرص ظهورها . ولعل أوضح مثال على هذا الامتزاج هو التزاوج الذي حدث عند الأوروبيين في مستعمراتهم المختلفة في أثناء فترات الاستعمار من تاريخ المجتمعات (Molnor, 1992) .

وفي دراسة تتبعية للأسلاف الأستراليين الأصليين ، قام لاسكر وكروز Lasker and Crews (1996) بتوضيح كيفية حدوث تداخل بين الجينات بين المجتمعات الإنسانية المتعددة وكيفية تأثير السلوك الإنساني على هذا التداخل . لقد قام الباحثون بدراسة تتبعية لـ٧٥٥ حالة زواج (١٥١٠ شخص) من القبائل الأسترالية . ولقد وجدوا أن لكل ٥٠٠ شخص (وهذا العدد معدل عدد سكان القبيلة) ، ٦٢-٦٥ شخصاً كان أحد أبويه يعتبر عضواً منتمياً إلى قبيلة أخرى ؛ ومعدل ٧ إلى ١٨ شخصاً لديهم أبناء من زوج أو زوجة من قبيلة أخرى بعيدة ليست مجاورة .

هـذا التـزاوج المتداخـل بين المجموعـات السكانية ، وبعد عـدة أجيال متعاقبة ، أنتج مـا يسمى بالامتزاج الجيني ، Gene Flow وهذا النمط هو ما يؤكد عليه بأنه قـد مر بالمجتمعات الإنسانية على عصورها الممتدة . ولكن بطبيعة الحال يبقى هناك نوع اختلاف بين المجموعات القبلية أو السكانية المتعددة .

وفي دراسـة أخـرى لمادريقـال ووير (1999) Madrigal and Ware ، وضـحـا العلاقة نفسها بين عملية التزاوج الخارجي والامتزاج الجيني ، وذلك من خلال تتبع أسماء العائلة الأخرى للأفراد (Surename) ، والتي ترتبط بالبناء الجيني للمجموعة المدروسة .

تعتبر المسافة الجغرافية عاملاً مهماً آخر في تحديد وتحجيم الخيارات الزواجية أمام الشـخص . ففي عصور ومـجتمعـات مـا قبل التـاريخ ، وحتى لـدى كثيـر من السكان في الوقت المعاصر ، تعتبر المسافة واحدة من أهم القيود المفروضة على (الامتزاج الجيني) Gene Flow وفي دراسة طريقة خاصة للسجلات الإحصائية قام بهـا بريرلي (Brierey, 1975) للمجتمع الريفي الإنجليزي خلال فترة القرن التاسع عشر وجد أن عملية الزواج واختيار الزوج لزوجته ترتبط بمسافة قصيرة نسبياً محددة بستمائة ياردة (اليـاردة الواحـدة تعـادل ٣ قـدم أو ٤ , ٩١سم) . وبعد اختـراع الدراجة ، قفز معدل المسافة بين المتزوجين في تلك الفترة ليصل إلى ١٦٠٠ ياردة بدلاً من ٦٠٠ ياردة . وبالطبيعي زاد هذا المعـدل بشكل كبير وموسع وذلك بعد اختراع السيارة ؛ ففي الفترة التي كانت بين ١٩٤٠ - ١٩٦٠ ، وجد أن نصف نسبة الزيجات كانت بين الأشخاص الذين يعيشون مع بعضهم البعض لمسافة تقل عن ميل واحد . بينمـا النصف الآخر من الزيجات التي تمت زادت عن هذه المسافة

(Molnor, 1992) . وهذا ما قامت أيضاً بتوضيحه دراسة أخرى في إيطاليا ، عززت من الاختلاف الجيني المرتبط بالمسافة الجغرافية المرتبط بدرجة كبيرة بين المنطقة الشمالية والجنوبية من إقليم كونسنزا Consenza في إيطاليا ، فكان من معوقات التدخل بين المجتمعين المسافة الجغرافية والحواجز الطبيعية (De Silversti and Guglielmine, 2000) .

ومع زيادة وسائل الاتصال الحديثة وسرعتها ، فإن نسبة الانتقال أصبحت ممكنة وكبيرة بين الأشخاص وبين المجموعات السكانية ، وهو أمر قد يدفع إلى إمكانية كبيرة وزيادة في نسبة التزاوج ، ومن ثمّ زيادة عملية الاختلاط والامتزاج الجيني بين هذه المجموعات . ووسائل الاتصال المدنية لعبت دوراً كبيراً في التقليل من حدة الانفصال بين المسافات الجغرافية المتباعدة . وعلى الرغم من ذلك ، فقد حافظت كثير من المجموعات السكانية على خصائصها التي تكيفت بها في بداية تاريخها مع البيئة ؛ ولذلك نجد الخصائص العامة للسلالات البشرية ما زالت موجودة ومحددة . وفي جانب آخر ، المجموعات والوحدات السكانية الصغيرة كانت ولا زالت محصورة ومحددة تؤثر فيها ظروف وعوامل اقتصادية ، وسياسية ، جغرافية في الوقت الحاضر . فلقد توسعت الدائرة الزواجية من ناحية ، وقد حافظت على وجودها في أوقات وأماكن متعددة من جانب آخر .

مسألة أخرى تلعب دوراً كبيراً ومهماً في هذه القضية الخاصة بالتنوعات والاختلافات بين المجموعات السكانية المختلفة ، وهي التي تتعلق بحجم السكان ، أو حجم المجموعة السكانية المتزاوجة . فهناك علاقة وطيدة بين حجم السكان من جهة ، والاختلافات الخاصة بالترددات الجينية من جهة أخرى . فإذا كان هناك

مجتمع صغير فإنه بالضرورة يرتبط بعوامل معينة تساعد على عزلته ثقافياً أو حتى جغرافياً في بعض الأوقات . فقد يكون هذا المجتمع ممنوعاً من الاتصال بالأجانب والهجرات الأجنبية الأمر الذي له أثره على توزيع الجينات . فحجم السكان القليل والعزلة ، ومعدلات قليلة من الهجرة يقلل بشكل كبير من فرصة الالتقاء والتزاوج والاختيار الزواجي خارج نطاق المحيط أو الدائرة الجينية .

في بعض المجتمعات غير المتحضرة والمجتمعات التي تمر بعمليات التحديث الاجتماعي ، تلعب البيئة الطبيعية المحيطة ، وعوامل الفقر التي تمنع من إيجاد وسائل اتصال مناسبة دوراً مهماً في عزلة هذه المجتمعات . فالأشخاص الذين يعيشون في قرى بعيدة على سبيل المثال لديهم فرصة قليلة جداً في التزواج الخارجي مع جماعات تبعد عنهم مسافات مختلفة مما يشكل عائقاً للتزاوج وإن كانوا ينتمون إلى قبيلة واحدة . وفي المجتمعات المعقدة أو المجتمعات المتحضرة ، تلعب عوامل أخرى في عملية العزلة ومن ثمّ يتم تحديد الاختيار الزواجي في ظل هذه العزلة . ففي المجتمعات المعقدة تلعب الطبقة الاجتماعية ، الحالة الاقتصادية ، الدين ، الطبقة السياسية أو المجموعات السياسية ، التعليم ، دوراً مهماً وشبيهاً بالمسافة الجغرافية (Molner, 1992) ، فتنحصر المجموعات الزواجية في مسافات ثقافية بدلاً من المسافات الجغرافية ، فتجعل من هذا الزواج إطاراً للتحركات والترددات الجينية المتعددة في الدائرة الثقافية الواحدة . ولعل من أبرز أنواع العزلة الزواجية هي تلك التي ترتبط وتتعلق بالدين .

ولعل من أبرز الأمثلة على ما يسمى «بالمقاطعات الدينية» هم سكان الآمش Amish المنتشرون بشكل كبير في ولاية بنسلفانيا الأمريكية . وكذلك الحال بالنسبة

لما يسمون بالهوتاراتيس Huttarties المنتشرين في جنوب دكوتا South Dakota وفي كندا . فغالبية الجالية الهوتارتيسية اليوم الذين يبلغون ٣٣ ألف نسمة ، ثلاث جاليات مختلفة ، ترجع أصولهم إلى ما يقارب ٤٤٢ شخصاً . والذين قد هاجروا من روسيا واستقر بهم الحال في جنوب دكوتا بين العامين ١٨٧٤ - ١٨٧٧ ، وصاروا يتزوجون بمعدلات خصوبة عالية ، وبالتقريب ٨ أطفال لكل زوجين ، مما جعل هذه الجالية تتكاثر بصورة سريعة ومكثفة إلى أن وصلت إلى هذا العدد . كانوا يتزاوجون داخلياً دون أن يتعرضوا إلى عوامل الهجرات الخارجية . هذه الجاليات لم تتزوج خارجياً فخلقت نوعاً من أنواع العزلة الاجتماعية على الرغم من أنه لا توجد عزلة جغرافية تمنعهم من الأشخاص المحيطين بهم . ولذلك ، فقد أصبح هناك من الجينات الفريدة المتكررة التي تميزهم عن الأمريكيين الشماليين والأوروبيين وذلك لأن التزاوج والتمازج الجيني بين المجموعتين السكانيتين يكاد يكون صفراً . وعلى سبيل المثال ، زادت الترددات والتكرارات الخاصة بفصيلة الدم (A) بين هذه المجموعة السكانية ، وبدأت تقل فصيلة دم (B) إلى أن وصلت إلى درجة الانقراض وعدم الظهور في المجموعة السكانية الحالية (Molnar, 1992) .

ومثال آخر على العزلة الاجتماعية هي تلك العزلة التي يمر بها سكان الأمش Amish في ولاية بنسلفينيا الأمريكية Pennsylvania والذين تعود أصولهم الأولى إلى ما يقارب المائتي شخص عندما دخلوا إلى ولاية بنسلفنيا بين ١٧٢٠ إلى ١٧٧٠ فمن هؤلاء الأشخاص القلة ، ونتيجة للتزاوج الداخلي للأجيال المتعاقبة ارتفع العدد ليصبح ٤٥ ألف نسمة في سنة ١٩٦٠ فهذا التزاوج الداخلي والمرتبط بهجرات قليلة خارجية قد فرض نوعاً من العزلة وهذا أدى إلى أن يكون الاسم

الأخير (اسم العائلة) متشابهاً ، حيث يظهر بشكل متردد لكثير من الأشخاص .
فنسبة ٨٠٪ من إجمالي السكان يحملون ثمانية أسماء فقط اسما أخيراً للعائلة .
وهذا يؤكد عملية التزواج الداخلي ، وعدم الخروج عن نطاق الدائرة الثقافية .
وبالطبع كان من أحد ابرز النتائج الصحية في هذا الجانب لدى هؤلاء السكان هو
حدوث بعض من الأمراض الوراثية نتيجة لكثرة ترددات الجينات المعيبة لدى
المجموعة السكانية (Molnor, 1992) .

وعند قيام مادريقال وآخرون (2001) .Madrigal et al بمقارنة مجموعتين
عرقيتين في كوستاريكا ، وجدوا أن الجماعة العرقية تلعب دوراً بارزاً في أنها تعتبر
مانعاً وحاجزاً من تبادل الجينات بين هاتين المجموعتين اللتين تعيشان في المنطقة
الجغرافية نفسها . وفي المقابل لعبت مجموعة واحدة منهم دوراً أكثر من الأخرى في
الامتزاج الجيني وتداخل الجينات مع مجموعات أخرى ، وذلك نظراً للعزلة الأطول
تاريخياً للمجموعة الثانية (انظر أيضا في هذا الجانب Bear et. al. 1988 ؛
Relethfound, ؛ Howel's, 1976 ؛ Aguiar, 1991 ؛ Barbujani et al. 1992
1980) .

وهذا ما يوضح زيادة الأمراض الوراثية في مجموعات عرقية مختلفة . فقد
تكون إحدى هذه المجموعات من تلك التي يتم فيها ويكثر الزواج بين الأقرباء مثل
ذلك الذي يحدث في منطقة ويست ميدلاند West Midland في المملكة المتحدة ،
حيث وجد أن هناك فروقاً في انتشار الأمراض في المجموعة العرقية ذات الزواج بذى
القربى بالمقارنة بالمجموعة العرقية ذات الزواج من الأباعد في المنطقة الجغرافية نفسها
(Hutchesson, et al., 1988) .

وبهذا نستطيع القول بأن هناك عوامل ثقافية تلعب دوراً كبيراً في عملية الاختلافات الفيزيقية والبيولوجية لدى المجموعات السكانية المختلفة . ومن ذلك المزج ، لا يمكن أن نغفل بأي حال من الأحوال عن تأثير الثقافة ودورها في تحديد بيولوجية الإنسان . فالثقافة والبيولوجيا عنصران مهمان في تحديد مسار الإنسان . وتلعب البيئة الطبيعية دوراً على أنها محور وحجر زاوية في تحديد هذا المسار . فالثقافة ، والبيئة ، والبيولوجيا هم الأضلاع الثلاثة الخاصة بمثلث الإنسان وتحديد مساره . فالشكل الفيزيقي ، والأمراض الوراثية تتحدد وبشكل مباشر من خلال هذه الأضلاع الثلاثة في عملية تأثر وتأثير متبادلة ، والاختلافات الفيزيقية والبيولوجية لا تخرج عن هذا النطاق . فالمجموعات السكانية تتميز ببعض الصفات الثقافية ، وهي تعتبر المحددات للعوامل البيولوجية والفيزيقية .

المجموعات السكانية والمرض :-

هناك كثير من الأمراض الجينية ، العيوب الخلقية التي يمكن ان تحدث بشكل أكبر في مجموعة سكانية دون الأخرى . فالمجموعات السكانية تختلف من حيث تعرضها للأمراض الوراثية فبالإمكان أن نجد نوعاً من الأمراض منتشراً في مجموعة سكانية معينة ، ولا نجد له وجوداً في مجموعة سكانية أخرى . وإذن فهناك أمراض معينة ومحددة مرتبطة مع واحدة أو أكثر من الجماعات العرقية . لا شك أن هناك دوراً مهماً وفاعلاً للعوامل الجينية والانتقال الجيني عبر الأجيال المتعددة ، ولكن يجب أن تأخذ بعين الاعتبار إننا في بعض الأحيان نعتبر نتائج لبيئتنا المحيطة أكثر من الجينات المحمولة المتناقلة ، وذلك عند التحدث عن بعض الأمراض الوراثية . فالاختلافات الموجودة بين المجموعات السكانية المختلفة في نوع الغذاء ، عادات

المعيشة ومستلزمات الحياة ، والتاريخ الخاص بالمجموعة تعتبر جميعها عوامل مهمة تسهم بخلق هذه النوعية من الاختلافات في نوعية الأمراض بالإضافة إلي التأثر بمعطيات التناقل الجيني . فعملية التعرض للمرض متعلقة بدرجة كبيرة – وكما سبقت الإشارة –البيئة المحيطة والسلوك الاجتماعي ، فالسلوك الاجتماعي الخاص بعملية التزواج ، وحجم السكان في البيئة المحيطة يلعبان دوراً مهماً وأساسياً . ومن مؤثرات البيئة على المرض لدى الجماعات العرقية ، نجد على سبيل المثال ، أن السكان الأصليين لأمريكا من الهنود الحمر يعانون من ارتفاع نسبة الإصابة بمرض السكر . وأحد أبرز الأسباب للإصابة بهذا المرض هو عملية تكيفهم مع الغذاء الحديث والجديد عليهم والذي يعتبر غذاء غنياً بالكربوهيدرات الصافية . فالخلايا الخاصة لإفراز الأنسولين بهم ، والتي تكيفت بفترة زمنية ماضية خلال تاريخهم التطوري مع نوعية مختلفة من الغذاء الذي يتسم بقلة الكربوهيدرات أصبحت أقل فاعلية وأداء لتعالج أو تتأقلم مع أنواع من الأغذية الجديدة ، والتي تحتاج إلى درجات عالية من كميات الأنسولين المفروز لهذه النوعية من الأطعمة الجديدة (Molnar, 1992) فهناك نوعٌ من أنواع التشابك بين الثقافة والبيئة المحيطة بين الأمراض الجينية . فهناك جماعات عرقية تكيفت مع بيئات جديدة تميزت بتعرضها إلى نوع معين ومحدد من الأمراض .

ومن الأمثلة التي توضح العلاقة بين العرق والأمراض الجينية أمراض مثل الفلينكوتونوريا P KU وتليف المثانة Cystic Fibrosis والخلل في بناء الدهون بالانسجه عند الاطفال Tay - Sachs والتي تعتبر أكثر انتشاراً بين الأوروبيين أو الأشخاص الذين ينحدرون من أجداد أو سلاسة أوربية ، نادراً ما نجد

مثل هذه الأمراض عند الأسيويين والأفارقة . وحتى على مستوى التوزيع الضيق ، فهناك اختلافات لافتة للنظر بين المجموعات العرقية الأوربية نفسها . فمرض الخلل في بناء الدهون بالانسجه عند الاطفال Tay - Sachs على سبيل المثال ، نسبة حدوثه وتكراره تعادل ٠,١٥ عند المجموعة السكانية اليهودية التي تعيش في شرق أوربا ، وبالعكس نجد عند الجالية اليهودية الأخرى التي تعيش في أوربا أو الأوروبيين الآخرين لديهم نسبة أقل من ٠,٠٠١ ، والنسبة العالية من الممكن ان تفسر بواسطة ما يسمى بالتأثير المؤسسي Founder Effect والتي تعرف على أنها تأسيس لجماعة سكانية جديدة بواسطة عدد قليل من المهاجرين الأصليين أو المؤسسين والذين يعتبر تركيبهم الجيني مختلفاً شيئاً ما عن البحيرة الجينية للمجموعة الأكبر التي هاجروا منها (Malnor, 1992) فالهجرة تعتبر عاملاً من العوامل المهمة في تحديد نوعية معينة من الأمراض التي تظهر في مجموعة سكانية دون الأخرى . والتاريخ الخاص بالمجموعة السكانية يلعب دوراً بارزاً في هذا الجانب من الاختلافات البيولوجية وبالتحديد الأمراض الجينية .

ففي دراسات متفرقة وضحت مدى الاختلاف في الإصابة بالأمراض بين المجموعات العرقية المختلفة . فلقد أشارت دراسة ريشاردوس وكانست Richardus and Kunst (2001) على سبيل المثال الاختلافات بين الأمريكان السود والأمريكان البيض في درجة الوفيات نتيجة للإصابة بأمراض معدية في الولايات المتحدة ، والتي يزيد عددها عند الأمريكان السود عنه عند عن الأمريكان البيض . وبالنظر إلى مرض السكر بين المجموعتين السكانيتين ، فإن كل ست حالات مرض سكر لأمريكان بيض يقابلهم ١٠ أمريكان سود (Niddk, 2001) .

وعلى حد علم الباحث فإن الدراسات التي تناولت الفروق بين الجماعات العرقية وتأثيرها على الصحة في الوطن العربي تعتبر نادرة . ولعل هذا النوع من الدراسات ينشط بشكل كبير - كما سبقت الإشارة - في الولايات المتحدة الأمريكية ، وذلك نظراً لاتساع رقعة وجود الجماعات العرقية الموجودة داخل المجتمع الأمريكي ، وذلك عائد لطبيعة القوانين الأمريكية التي تسهل وجود هذه الجماعات .فلقد نشطت الدراسات الخاصة بهذا الجانب المتعلق بالصحة والفروق الخاصة بين الجماعات العرقية المتعددة الموجودة . ولعل واحدة من أبرز الدراسات الخاصة في هذا المجال هي الدراسة التي أعدتها إدارة الصحة الخاصة بولاية رود ايلاند Rhode Island ، على مجموعات سكانية وجماعات عرقية متعددة تمثلت في الأمريكان الأصليين ، الأمريكان السود ، والأمريكان الآسيويين ، والهسبانك الأسبان Hispanics (Office of Minority Health) .

لقد أوضحت الدراسة بشكل عام أهم الخصائص الثقافية والاجتماعية المميزة لكل مجموعة أو جماعة عرقية على حدة . فهناك تفاوت ثقافي بين الجماعات العرقية الأربع المذكورة . في كثير من الخصائص الثقافية والسكانية والمتعلقة بالأسرة والبناء الأسري ، وسائل الاتصال والعلاقات الاجتماعية ، المعتقدات والممارسات الصحية ، والوضع أو الحالة الصحية ، أنماط الغذاء والممارسات الصحية المتعددة التي تعتبر عوامل خطورة يمكن أن تؤدي للإصابة بالأمراض . (انظر : Lipson et, al. 1996) .

ولعل الأرقام التي تم الحصول عليها من الإحصائيات الخاصة بالولاية تؤكد حقيقة هذا الاختلاف المتعدد في كثير من السمات المرضية مثل أسباب الوفيات ،

السلوكيات المؤدية للأمراض والتي تعتبر وسائل خطرة ، معدلات الإصابة بالأمراض الوقائية ، صحة الأطفال . ولعل الجدول (١) يوضع لنا درجات الاختلاف بين المجموعات الأربع ومقارنتها مع المجموعة السكانية الأصلية ، أو مجمل مجموع السكان من الولاية .

جدول (١) درجة الاختلاف بين أربع مجموعات سكانية ومقارنتها مع المجموعة الثانية الأصلية في الولايات المتحدة .

مجمل السكان في الولاية	Hispanic هسبانيك	الأمريكان الأصليون	الأمريكان الآسيويون	الأمريكان السود	أسباب الوفاة
أمراض قلب	سرطان	سرطان	أمراض قلب	سرطان	السبب الأول
سرطان	أمراض قلب	أمراض قلب	سرطان	أمراض قلب	السبب الثاني
سكتة دماغية	قتل	حوادث غير مقصودة	ايدز	سكتة دماغية أمراض شرايين	السبب الثالث السبب الرابع
أمراض رئة	ايدز	ايدز	سكتة دماغية	متنوعة	
التهاب رئة وانفلونزا	حوادث غير مقصودة	سكتة دماغية	حوادث غير مقصودة	حوادث غير مقصودة	السبب الخامس
					السلوكيات التي تعتبر مؤشرات إحداث مرض
٢٢,٤	٢٠,٣	٥٣,٢	٢٤,٤	٢٩,٣	(١) نسبة التدخين (أكبر من ١٨ سنة)
٤٥,٠	٣٠,٤	٣٦,٥	٤٠,٧	٣١,٦	(٢) نسبة معدلات ممارسة التمارين الرياضية أكثر من ٢٠ دقيقة و٣ مرات وأكثر بالأسبوع (أكبر من ١٨ سنة)
٢٦,٧	٣٧,٨	٢٤,٣	٢٩,٢	٢٨,٥	(٣) نسبة الذين ليس لديهم وقت للنشاطات الحركية (أكبر من ١٨ سنة)
٢٤,٠	٢٩,٠	+	١٩,٠٠	+	(٤) نسبة الذين يستهلكون أكثر من ٥ أنواع من الفواكه وأكثر كل يوم
٧٦,٠٠	٨١,٠	٧٧,٠٠	٧٩,٠٠	٨٣,٠٠	(٥) نسبة الذين أعمارهم من ٤ سنوات وأكثر الذين يستخدمون حزام الأمان أو الكرسي الواقي
٤٥,٠٠	٢٦,٠	٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٣٠,٠٠	(٦) نسبة الذين تناولوا الكحوليات مرة أو أكثر خلال الأسبوعين الماضيين (أكبر من ١٨ سنة)
٥٨,٠٠	٥٥,٤	٥٣,٠٠	٥١,٠٠	٤٦,٠٠	(٧) نسبة الذين بالصف العاشر وتناولوا الكحوليات في الشهر الماضي
٢٧,٠٠	٢٥,٠	٣٢,٠٠	٢٧,٠٠	١٥,٠٠	(٨) نسبة الذين بالصف العاشر الذين تناولوا الماريوانا في الشهر الماضي

تابع جدول (١) درجة الاختلاف بين أربع مجموعات سكانية ومقارنتها مع المجموعة الثانية الأصلية في الولايات المتحدة .

أسبـاب الوفــاة	الأمريكان السـود	الأمريكـان الآسـيويون	الأمريكـان الأصـليون	Hispanic هسبانيك	مجمل السكان في الولاية
(٩) نسبة الذين يعانون من ارتفاع معدلات وزن (أكثر من ١٨ سنة)	+	٣٠,١	+	٣١,٠	٣٣,٠ ارتفاع معدل السمنة
(١٠) نسبة الذين يعانون من ارتفاع سمنة (أكثر من ١٨ سنة)	+	١٨,٠	+	١٥,٠	٩,٠
أمراض معدية (الحالات ككل ١٠٠ ألف حالة)					
إيدز (٩١-٩٦)	٥,٦٨	٧٥٣,٠	٣٣٠,٧	٤١٠,٩	١١١
سيلان (١٩٩٧)	٤١,١	٦١٤,٢	٢٧,٩	٩٥,٥	٤٢,٣
التهاب كبدي B (٩٥-١٩٩٦)	١,٨	+	٨,٢	٢,٢	٣,٠٠
مرض السل الرئوي (١٩٩٦)	٣١,١	٨,٨	٠	١٧,٥	٣,٥
صحة الأبناء والأم					
نسبة حالات الحمل بين النساء اللاتي أنجبن أطفال أحياء (٩١-١٩٩٥)	٦٤,٦	٥٥,٤	٧٦,٣	٨١,٧	٦٩,٣
نسبة أوزان الأطفال الرضع أكثر من ٢٥٠٠ غرام (١٩٩١-١٩٩٥)	٧,٧	١٠,٨	٩,٥	٦,٨	٦,٣
نسبة الأمهات اللاتي لم يحصلن على عناية قبل الولادة (٩١-٩٥)	١٩,٢	٢١,٥	٢٢,٥	١٤,٨	١٠,٣
نسبة الأطفال الذين ولدوا تحت حالة الفقر (٩١-٩٥)	٥٦,٧	٤١,٠	٢٣,٢	٧٨,١	٢٦,٠٠
نسبة الأحياء ككل ١٠٠٠ المرأة بين عمر ١٥-٤٤ (١٩٩١-١٩٩٥)	٩٠,٦	١١٠,١	١٣٣,٢	١١٦,٤	٥٧,٥
وفيات الأطفال الرضع ككل ١٠٠٠ حالة (٩٢-١٩٩٥)	٥,٨	١٢,١	١٧,١	٥,٨	٧,٣
الرعاية الصحية					
- نسبة الذين سجلوا مصدر الرعاية في غير غرف الطوارئ (١٩٩٦)	١٥,١	١١,٥	١٠,٠٠	١٤,٨	٩,٨
نسبة من أدخلوا المستشفى بدون تأمين صحي (١٩٩٥)	٤,٤	٩,٦	+	١٣,٧	٤,٢
نسبة من لا يملك تأميناً صحياً (١٩٩٦)	٢٤,٧	١٨,٣	١٧,٠٠	٢٣,٥	١٠,٠٠
نسبة حالات تسمم الأطفال من ٥-١٨ شهر (١٩٩٥-١٩٩٦)	٦٩,٦	٦٦,٠٠	+	٦٣,٠٠	٥٩,٠٠

المصدر: (Office of Minority Health -Online) .

قبل البدء باستعراض الجدول وأهم النتائج التي دارت فيه ، يجب التأكد أن هذه المعلومات لا تنطبق على جميع الولايات الأمريكية- إنما تنطبق على ولاية واحدة فقط ، وهي ولاية رود ايلاند ، والتي تم استخدامها مثالاً حتى يتم توضيح الاختلافات الموجودة بين الجماعات العرقية في المجموعة السكانية الكبرى أو في المنطقة الأقليمية الواحدة ، ويتم أيضاً مقارنتها مع إجمالي عدد الحالات في الولاية بشكل عام .

عند النظر إلى السكان الأمريكيين الآسيويين ومقارنتهم ببقية الفئات العرقية المختلفة ، نجد أن السبب الأول للوفاة بالنسبة لهذه الفئة هي الوفاة بمرض السرطان ، وهي تتشابه مع نسبة الأمريكان الأصليين والأمريكان الهسبانك (الأسبان) ، وتختلف عن الأمريكان السود وسكان الولاية بشكل عام . أما المسببات الأخرى ، فهي تتشابه بشكل عام مع بقية المجموعات ، وهناك اختلافات بسيطة بين كل مجموعة سكانية على حدة ، ولكنها تتميز بوجود سبب لا يوجد ضمن الأسباب الخمسة المؤدية للوفاة لدى بقية الجماعات العرقية الأخرى وسكان الولاية وهو ما يتعلق بالوفاة بسبب أمراض الشرايين المتنوعة (وليس أمراض القلب وحدها) . فهذا السبب يحتل المرتبة الرابعة من أسباب الوفاة في هذه الجماعة العرقية .

أما فيما يتعلق بالسلوكيات الخاصة ، والتي تعتبر مؤشرات حدوث أمراض ، فإن هذه المجموعة العرقية تعتبر من أكثر الفئات التي تلتزم باستخدام حزام الأمان عند القيادة مع أن نسبة التدخين لديهم عالية جداً ، ويأتون بالمرتبة الثانية بعد سكان الولاية . حيث تبلغ نسبة المدخنين ٢٩٫٣٪ أي بنسبة ١ :٣ أشخاص يدخنون في هذه الجماعات العرقية ، وتعتبر هذه الفئة من أقل الفئات نسبة في تناول الكحوليات

والمواد المسكرة بالنسبة لمراهقيها مقارنة ببقية الفئات الأخرى . حيث نسبة الذين تناولوا هذه المواد خلال شهر من الذين كانوا في الصف العاشر من المراحل الدراسية ٤٦٪ ، والتي تعتبر الأقل بين المجموعات الأخرى . إضافة إلى أنهم أقل الفئات التي تناول مراهقوها المادة المخدرة ، حيث بلغت نسبة الذين في الصف العاشر ١٥٪ من إجمالي المجتمع موضع البحث من الذين يتعاطون هذه المادة خلال شهر ، والتي تعتبر النسبة الأقل بين جميع المجموعات الوقائية . إضافة إلى أنهم لا يعانون من معدلات مرتفعة بالسمنة والمرض مقارنة بالهسبانك (الأسبان) ، والأمريكيين السود ، وجميع الولاية .

وإذا نظرنا إلى الأمراض المعدية ونسبة انتشارها بين الأمريكان الآسيويين ، فإننا نجد بأن الأمريكان الآسيويين يعتبرون من أقل الفئات العرقية التي ينتشر بينهم مرض نقص المناعة المكتسبة حيث تبلغ نسبتهم ٦٨ر٥ لكل ١٠٠ ألف حالة . ويمثلون المرتبة الثانية من حيث قلة الانتشار الخاصة بمرض السيلان حيث تبلغ نسبتهم ١ر٤١ لكل ١٠٠ ألف شخص ، ومعدلات قليلة أيضاً من الالتهاب الكبدي الوبائي ب . حيث تبلغ نسبتهم الثانية الأقل بين المجموعات الأخرى ، حيث تبلغ النسبة ٨ر١ لكل ١٠٠ ألف شخص . ولعل أكثر الأمراض الوبائية المعدية التي تنتشر بينهم هو ذلك الذي يتعلق بالسل الرئوي . فهي تعتبر النسبة الأعلى والأكثر انتشاراً مقارنة ببقية المجموعات العرقية الأخرى . حيث بلغت نسبتهم ١ر٣٤ لكل ١٠٠ ألف شخص ، والتي تعتبر النسبة الأعلى بين جميع المجموعات السكانية بما فيها سكان الولاية مجتمعا .

أما فيما يتعلق بصحة الأبناء فأهم ما يميز هذه الجماعة العرقية هو انخفاض

معدل وفيات الأطفال الرضع ، حيث بلغت نسبتهم ٥ر٨ حالة لكل ألف حالة ولادة ، وهي تعتبر النسبة الأقل بين المجموعات الأخرى مع الجماعات العرقية الهسبانك (الأسبان) التي تأخذ النسبة نفسها ، بينما تمثل نسبة الأطفال الذي ولدوا تحت حالة الفقر عالية نسبياً . حيث تبلغ ثاني أعلى نسبة بعد الهسبانك (الأسبان) ، حيث بلغت نسبتهم ٥٦,٧ فيما يخص الرعاية الصحية التي ترتبط بوضعهم الاجتماعي والاقتصادي ، فإن الأمريكان الآسيويين هم أكثر الجماعات العرقية نسبة ، والتي لا تملك تأميناً صحياً ، في مجتمع يعتبر التأمين الصحي ضرورة من ضرورات الحياة ، إضافة إلى أنهم يعتبرون النسبة الأكبر من الجماعات العرقية الأخرى التي عانى أبناؤها من حالات تسمم لأطفال من سن ١٨ شهراً وما دون ذلك .

أما أهم الخصائص الصحية التي تميز بها الأمريكان السود في المجتمع الأمريكي وبالتحديد في الولاية المذكورة ، فلقد أشارت البيانات إلى أن أسباب الوفيات الأساسية الخمسة تمثلت في أمراض القلب ، السرطان ، الإيدز ، والسكتة الدماغية ، ومن ثم الحوادث غير المقصودة . فحدوث حالات الوفيات بسبب مرض نقص المناعة المكتسبة الإيدز هو منتشر بشكل كبير ، وهو أكثر ٧ مرات في إجمالي السكان كما أشار إليه الدليل الخاص بالثقافة والعناية الصحية (Lipson, 1996) .

وهذه المجموعة العرقية هي أعلى مجموعة تمارس النشاطات الرياضية بنسبة أكثر من دقيقة وبواقع ٣ مرات أو أكثر بالأسبوع للذين تقع أعمارهم أكثر من ١٨ سنة ، فهي تشكل نسبة ٤٠ر٧ ، بينما المجتمع الأكبر في الولاية يفوق هذا الرقم قليلاً (٤٥ر٠٠) . ويعتبر نسبة السمنة (ليس ارتفاع معدل الوزن) بين هذه الفئة هو الأكبر

بين بقية الفئات الأخرى . حيث إن نسبة الذين يتميزون بنسبة مفرطة ١٨٫٠٠ بمقياس السمنة (BMI) (kg/m2) .

وفيما يخص الأمراض المعدية ، فهذه الجماعة العرقية قد سجلت أعلى معدلات الإصابة بأمراض الإيدز والسيلان ، حيث سجلت النسبة ٧٥٣٫٠٠ ، و٦١٤ حالة لكل ١٠٠ ألف حالة على التوالي . فهي النسبة الأعلى ، بينما سجلت أقل نسبة في مرض الالتهاب الكبدي B . أما فيما يتعلق بصحة الأبناء فقد سجلت الإحصائيات النسبة الأقل لهذه المجموعات الأخرى للنساء الحوامل اللاتي أنجبن أطفالاً أحياء ، والنسبة الأعلى مقارنة بالمجموعات الأخرى التي أنجبت نساؤهم أطفالاً أوزانهم أكثر من ٢٥٠٠ غرام .

أما فيما يتعلق بالمجموعة الثالثة ، وهم سكان أمريكا الأصليون ، فلقد سجلت أسباب الوفيات الخمسة هي السرطان أو أمراض القلب ، والحوادث غير المقصودة ، ثم الإيدز ، ثم السكتة الدماغية على التوالي . حيث ارتفعت نسبة الوفاة من الحوادث غير المقصودة إلى المرتبة الثالثة في أسباب الوفاة .

وتعتبر هذه الجماعة العرقية هي أكثر الفئات التي تدخن ، حيث إن نسبة المدخنين تجاوزت النصف حيث بلغت نسبتهم ٥٢ , ٢ وسجلت الإحصائيات أقل نسبة للذين ليس لديهم وقت فراغ للنشاطات الحركية بين المجموعات الأخرى إضافة إلى أنهم من أقل الفئات تناولاً للفواكه ، ومن أقل الفئات استخداما لحزام الأمان ، ممن يتناولون الكحوليات ، ونسبة ارتفاع الوزن والسمنة قليلة لديهم ، ولكنهم من أكثر الفئات تناولاً للمراوانا (نوع من المخدرات) بين طلبة الصف العاشر . وفيما

يتعلق بالأمراض المعدية ، فإن الأمريكيين الأصليين لا يعانون من مرض السل الرئوي ، فلم تسجل الإحصائيات نسبة تذكر ، إضافة إلى أنهم أقل الفئات في الإصابة بمرض السيلان ، والأقل بعد الآسيويين في الإصابة بمرض الإيدز ، بينما هم النسبة الأعلى بين المجموعات الأخرى التي تعاني من الالتهاب الكبدي . وفيما يخص الرعاية الصحة ، فإن نسبة الأمهات اللاتي لم يحصلن على عناية قبل الولادة هم أكثر نسبة مقارنة بالمجموعات الأخرى ، بينما هم أقل الفئات لنسبة الأطفال الذين ولدوا تحت حالة الفقر ، وأكثر الفئات المسجلين لنسبة الأحياء . وقد سجلوا حالات قليلة من نسبة تسمم الأطفال للرعاية الصحية .

أما الفئة الأخيرة ، وهم المنحدرون من الأصول الأسبانية (الهسبانك) فقد سجلت الحالات الأولى للوفيات بسبب السرطان ، وأمراض القلب ، والقتل ، والإيدز ، ثم الحوادث غير المقصودة على التوالي . ولعل حوادث القتل تعتبر مرتفعة عند هذه المجموعة ، وتعتبر السبب الثالث للوفاة .

وهي تعتبر الفئة أو الجماعة العرقية الأقل في نسبة التدخين لأكبر من ١٨ سنة ، حيث تبلغ نسبتهم ٢٠ر٣ والأقل في نسبة معدلات التمارين الرياضية الذين يمارسون الأكثر من ٢٠ دقيقة لثلاث مرات أو أكثر في الأسبوع . حيث إنهم أقل من يمارسون الرياضة في الجماعات العرقية . وفي المقابل ، هم أكثر استهلاكاً وتناولاً للفواكه . وبين المجموعات العرقية الأربع ، يعتبر المنحدرون من أصول إسبانية هم أكثر تناولاً للكحوليات بعد المجتمع الخاص بالولاية . حيث إن نسبة الذين هم في الصف العاشر والذين تناولوا الكحوليات خلال شهر بلغت نسبتهم ٥٥ر٠٠ بينما كان المجتمع الأصلي ٥٨ وفيما يتعلق بالسمنة وزيادة الوزن فإنهم يعتبرون من الذين

يحملون معدلات عالية لزيادة الوزن والسمنة .

أما فيما يتعلق بالأمراض المعدية ، فهم يعانون ثاني أعلى نسبة بعد الأمريكان السود في الانتشار وفي الإيدز ، والسيلان ، حيث بلغت النسبة ٩ر٤١٠ و٥ر٩٥ حالة على التوالي لكل ١٠٠ ألف حالة . بينما سجلت حالات منخفضة في معدلات الالتهاب الكبدي ، ودرجة مرتفعة من مرض السل الرئوي بالمقارنة بالمجموعات الأخرى ، والمجتمع الأصلي .

أما فيما يتعلق بصحة الأبناء فإن الأمريكان المنحدرين من أصول إسبانية سجلوا أعلى معدل في نسبة حالات الحمل بين النساء اللاتي أنجبن أطفالاً أحياء . فقد بلغت نسبتهم ٧ر, ٨١ ولقد سجلوا إضافة إلى ذلك أعلى معدل لنسبة ولادة الأطفال الذين ولدوا تحت حالة الفقر ، وأقل نسبة لمعدلات حالة الأحياء لكل ١٠٠٠ حالة . ولقد سجلوا نسبة عالية تأتي بالمرتبة الثانية من الأشخاص الذين لديهم تأمين صحي ، وأعلى نسبة ممن أدخلوا المستشفى بدون تأمين صحي .

هذه بشكل عام أبرز الملامح والفروق بين المجموعات العرقية الأربع الموجودة في ولاية رود ايلاند . ولعل التفاوت بين هذه المجموعات العرقية من الممكن رده إلى عدة عوامل وراثية منها بيئية كما سبقت الإشارة إليه . فالعوامل الوراثية قد تم الحديث عنها وهي تلك الخاصة بعملية التزاوج وما ينتج عنه من انتقال لموروثات جينية تنتقل من جيل لآخر . أما العوامل الثقافية ، فهي تلك العوامل التي تتعلق بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأقلية أو للجماعة العرقية ، والذي يترتب عليه انعكاسات واضحة على الصحة . فلو نظرنا إلى البيانات الاجتماعية الاقتصادية

لهذه الفئات وقارناها بالمجتمع الأمريكي الأصلي ، لوجدنا أن هناك فروقاً شاسعة بين المجتمع الأمريكي ، وبعض هذه الفئات في بعض من البيانات الاجتماعية الاقتصادية . فيوضح لنا الجدول (٢) هذا التفاوت :

جدول (٢) يوضح التفاوت بين بعض المجموعات الأمريكية مع بعض البيانات الاجتماعية والاقتصادية .

	الهسبانك (أصول إسبانية)	الأمريكان الأصليون	الأمريكان السود	الأمريكان الآسيويون	الولاية
٦,٨٪	٢٩,٠٠٪	١٧,٧٪	٢٣,٠٠٪	٢٦,٥٪	(١) نسبة الذين يعيشون تحت مستويات الفقر
٧,٤٪	١٣,٥٪	١٤,١٪	١٢,٦٪	١٠,٧٪	(٢) نسبة العاطلين عن العمل (البطالة)
$٣٩,١٧٢	$٢٠,٥١٦	$٢٥,٣٦	$٢٣,٥٢٦	$٢٧,٨٦٧	(٣) متوسط دخل الأسرة السنوي
٧٢,٠٠٪	٣٦,٨٪	٦٤,٥٪	٦٤,٥٪	٥٩,٦	(٤) نسبة الأعمار فوق ٢٥ وحاصلون على شهادات الثانوية العامة وأكثر

المصدر : .Office of Minority Health (Online)

فالجدول يوضح لنا الفروق الشاسعة بين المجموعات العرقية الأربع من جهة ، وسكان الولاية من جهة أخرى في جميع مستويات الحالة الاجتماعية الاقتصادية . حيث إن الذين يعيشون تحت مستويات الفقر يمثلون ٦ر٨٪ فقط عند سكان الولاية ، بينما تتجاوز هذه النسبة لتصل إلى ١٧,٧ عند الأمريكان الأصليين ، و ٢٣٪ عند الأمريكان السود ، و ٢٦,٥٪ عند الأمريكان الآسيويين بينما تصل إلى ٢٩,٠٠٪ عند الجماعات ذات الأصول الإسبانية (الهسبانك) . حيث إن نسبتهم أقل من الثلث بقليل . أما نسبة العاطلين عن العمل ، فأيضاً أشارت الإحصائيات إلى أن ٧,٤٪ فقط لسكان الولاية ، وترتفع إلى ١٠,٧٪ للأمريكان الاسيويين ، و ١٢,٦٪ للأمريكان السود ، و٥ر١٣ للهسبانك (الأسبان) ، و ١٤,١٪ للأمريكان

الأصليين . وفيما يتعلق بمتوسط دخل الأسرة ، فإن متوسط دخل الأسرة عند الأمريكان يعادل ٣٩,١٧٢ دولاراً أمريكياً في السنة ، ويتفاوت بين ٢٠,٥١٦ إلى ٢٧,٨٦٧ دولاراً أمريكياً في السنة للجماعات العرقية الأربع الأخرى . إضافة إلى أن المستوى التعليمي يعتبر أرفع عند الأمريكان في الولاية عنه عند الجماعات الأخرى ، حيث بلغت نسبة الحاصلين على الشهادات الثانوية وأكثر من الذين تجاوزت أعمارهم عن ٢٥ سنه ٧٢٪ ، بينما نجدها منخفضة عند الهسبانك (الأسبان) ، فتصل إلى ٤٦,٨ (أي : أكبر من نصف الجماعة العرقية الثانوي) ، وارتفعت عند الأمريكان الآسيويين والأمريكان الأصليين ، والسود لتصل إلى ٥٩,٦٪ ، ٦٤,٥٪ ، ٦٥,٩٪ على التوالي .

وهذا الجدول يوضح لنا عملية التفاوت في المستوى الاقتصادي والاجتماعي لهذه المجموعات العرقية ، والتي بلا شك سوف تنعكس على وضعها الصحي بشكل عام . ولقد تمت ملاحظة ذلك من خلال الجدول الخاص بالمستوى الصحي ، وتأثير ذلك على الجماعات العرقية مقارنة بالجماعة الأم أو سكان الولاية بشكل عام . ولا شك بأن هناك اختلافات أخرى ثقافية بين هذه المجموعات السكانية تمثلت بوجود أنماط غذائية متعددة ، وحجم سكاني مختلف ، فنظام أسري وممارسات غذائية متعددة من الممكن أن تدخل جميعها ضمن دائرة التأثيرات البيئية التي من الممكن أن تكون مسببة لحدوث الأمراض (انظر : Lipson, 1996) .

ولعلنا من خلال ذلك نستطيع أن نعطي مثالاً خاصاً يوضح كيفية ارتباط الجماعات العرقية بالمرض . وبحسب المادة المتوافرة ، فإن أغلبية الدراسات والأبحاث انبعثت ونبعت من المجتمع الغربي وهو ما يؤكد وجود حاجة ماسة إلي

دراسات خاصة على مستوى الوطن العربي لإيجاد الفروق الصحية المتعددة بين الجماعات العرقية المختلفة . ولعل الحاجة أيضاً تزداد لوجود دراسات على المستوى المحلي وإيجاد الفروق المتعددة التي من الممكن أن تلاحظ بين المجموعات السكانية المتعددة وارتباطها وتأثرها بالمستوى الصحي الموجود في المجتمع المحلي . ولا شك أنه يجب الالتفات إلى قضية مهمة ، وهي تلك التي تتعلق بالتعميم ، فلا نستطيع تعميم النتائج لجميع الثقافات والمجتمعات من خلال البيانات المتوافرة التي تم استخلاصها من مكان معين . أي : بمعنى آخر لا نستطيع القول إن أصحاب الدخول المنخفضة في كل المجتمعات على سبيل المثال يميلون إلى التميز بمستوى صحي منخفض في حالة التحقق من ذلك في مجتمع من المجتمعات الإنسانية ، حيث إن الموضوع يرتبط ويتعلق بالمجتمع قيد الدراسة والظروف الاجتماعية والبيئة المحيطة ، وإلا اعتبرنا أصحاب الدخول البسيطة من المزارعين والفلاحين -والذين عادة ما يتميزون بمستوى صحي جيد في كثير من المجتمعات- هم من الذين يعانون من أمراض شبيهة بتلك التي يعاني منها أصحاب الدخول نفسها في المجتمعات الأوربية أو المتقدمة . إن ذلك بلا شك يرتبط بشكل وثيق بالظروف الاجتماعية والبيئية المحيطة .

فهناك بشكل عام أساس بيولوجي وثقافي مسؤول عن وجود الاختلافات الفيزيقية للمجموعات العرقية المنتشرة في المجتمعات السكانية المتعددة ، وإن هذا الأساس البيولوجي والثقافي من الممكن أن ينتج أمراضاً صحية مختلفة ومميزة لكل مجموعة سكانية على حدة . وإن عمليات الاندماج والتشابه الثقافي التي تحدث في كثير من المجتمعات هي كفيلة بتذويب هذه الفروق البيولوجية الثقافية ، فعملية

التشابه والتي تعتبر آخر مراحل الاندماج تنعكس على الوضع الثقافي والصحي للمجتمع قيد الدراسة . ولعل مجتمعاتنا العربية والمحلية بحاجة إلى مزيد من الدراسات في هذا الجانب في المرحلة الراهنة التي بدأت فيها وسائل الاتصال تصل إلى ذروتها . ولعل هناك قضايا صحية متعددة تتعلق بالاختلافات الصحية والمرضية في ما يسمى بالأمراض العصرية المزمنة ، قد تم إرجاؤها إلى وقتها للخوض في مزيد من التفصيل حولها في الفصول القادمة .

الباب الثاني
تأثير عوامل التغير الاجتماعي والثقافي والتحضر على الصحة

The Effect of Sociocultural Change and Modernization on Health



الفصل الرابع
الغذاء والتغذية والثقافية
Food, Nutrition, and Culture

الفصل الرابع

الغذاء والتغذية والثقافة

Food Nutrition and Culture

هناك علاقة ارتباط كبيرة بين عوامل التغير الاجتماعي والثقافي من جهة وبين الصحة من جهة أخرى . إن هذا الارتباط أكدته كثير من الدراسات والأبحاث الحديثة المتعلقة بشئون الصحة ، والغذاء والتأثيرات الناتجة من عوامل التحديث والتغير الاجتماعي الثقافي الذي تمر به كثير من المجتمعات الإنسانية ؛ ولذلك فإنه من المهم هنا أن نستعرض العلاقة المتبادلة بين بعض العوامل المؤثرة على صحة الإنسان في هذه المجتمعات المعاصرة والمتمثلة بعلاقة التغير الاجتماعي والثقافي وبين الغذاء والسمنة على أنه أبرز المشكلات الصحية التي تواجه الإنسان المعاصر . فأغلب الأمراض المعاصرة على حد رأي هلمن Helman (1997) ارتبطت بالغذاء والتغذية . فهي عنصر مهم في إحداث أمراض متعددة ، وبالتالي التأثير على الصحة العامة للإنسان ؛ ولذلك سينصب التركيز في هذا الفصل على إبراز أهم العوامل المؤدية لحدوث العديد من الأمراض والتأثير على صحة المجتمع .

التغير الاجتماعي والثقافي والمرض :

التغير الاجتماعي والثقافي يرتبط بصورة كبيرة جداً مع الوضع الصحي للمجموعات السكانية (Baker et al,1986) ، وكما سبقت الإشارة فإن التغير الاجتماعي الثقافي وتأثيره على الصحة هو محور التركيز الأساسي للدراسات الخاصة ببيولوجيا المجموعات السكانية . إن عملية التغير في الوضع الاجتماعي

والاقتصادي المرتبط مع التغيرات الاجتماعية الثقافية للمجتمعات الإنسانية يعتبر عنصراً مهماً في انتشار الأمراض العصرية المزمنة ، مثل أمراض شرايين القلب ، السرطان ، مرض السكري ، وارتفاع ضغط الدم . فهذه الأمراض مرتبطة مع تلك المجتمعات التي تعاني من التغير الاجتماعي والتحديث . ويعتبر الوضع أو الحالة الاجتماعية الاقتصادية واحدة من أهم العوامل الخطرة الفعالة للنتائج الصحية كما أشارت إلى ذلك كثير من الدراسات (Bennett at et . 1976; Zimmet,1978; Dressler,1982, Baker.1984,1986; Baker et al. 1986; Bindon, Crews, and Dressler,1991; Siva and Eckhardt,1994; Abdelia et,'1995, Dressler and Bidon, 1997)

وليس من آثارها تلك الأمراض فحسب ، بل إن بعض أسباب الوفاة التي يمكن أن تحدث هي نتيجة للإصابة ببعض هذه الأمراض ، مثل أمراض القلب وأمراض السرطان اللذين يعتبران سببين مباشرين لحدوث حالات للوفاة . هذه الأمراض وغيرها لها تأثير أكبر على الوضع الصحي في الوقت الحاضر من الماضي الذي كانت تنتشر فيه الأمراض المعدية على أنها أحد مسببات الوفاة في المجتمعات التقليدية (Crews and James, 1991; Wirsing,1985) ، فهناك نقلة بين الأمراض من معدية إلى مزمنة في إحداث الوفاة والتي تعود المسئولية المباشرة عنها إلى عوامل التغير الاجتماعي والثقافي وعملية التحديث .

لقد بدأت المجتمعات بشكل عام تتجه نحو العالمية ، فأخذت تتبنى الاتجاه القائم على التصنيع أساساً وقاعدة اقتصادية عامة . إن هذا الاتجاه نحو التصنيع والصناعة ، بما يحمله من شقين : سلبي وإيجابي ، يعتبر تغيراً اقتصادياً عالمياً . وأحد أبرز النتائج

لذلك ، دخلت وانضمت المجتمعات المتقدمة في نشاطات الاقتصاد العالمي ، وأصبحت المجتمعات التقليدية أو المجتمعات النامية والمتخلفة تتبنى وضعاً اقتصادياً مرتبطاً بذلك الوضع الموجود في أوربا وأمريكا ، وذلك من خلال الاستهلاك المباشر للمواد والسلع المستخدمة لدى الطبقات الوسطى في تلك المجتمعات المتقدمة . هذا الوضع الجديد الذي تكيفت معه المجتمعات النامية أدى إلى زيادة الوفيات وزيادة الأمراض المزمنة وخاصة أمراض شرايين القلب نتيجة للتغير والتحول الاقتصادي باتجاه التحديث وباتجاه التصنيع (Dressler and Bindon, 1997) .

ولو قمنا بتطبيق هذا النموذج على الدول (الشرق أوسطية) ، وبالتحديد دول الخليج العربي والكويت ، فإننا نجد أن هذه المجتمعات تعرضت لعملية تغير سريع مميز في السنوات والعقود الأخيرة بسبب عوامل التحديث ، والانخراط في نمط الحياة الغربي والانخراط جزئياً في النظام الصناعي والتصنيع ، اتخذت هذه المجتمعات نموذجاً جديداً خاصاً في نمط المعيشة للحياة الحديثة الذي فرض مطالب وأوامر متعددة مثل التغير في نوعية الغذاء المستخدم ، التقليل من استخدام الطاقة البشرية من خلال قلة النشاطات الحركية ، وكذلك التغير في طريقة الحياة الخاصة بالأفراد .

فالعوامل الاجتماعية والاقتصادية ارتبطت بتغيرات في الوضع وطرق العيش الحديثة المستمدة من المجتمع الغربي صاحب السيطرة على الوضع الاقتصادي العالمي . فهذه العوامل الاجتماعية الاقتصادية هي المسؤولة عن هذا الانتقال المباشر . فعلى سبيل المثال- وكما سنعرف لاحقاً- فإن بعض هذه الدول تعاني من مرض السمنة المنتشر بين البالغين لديها . إذاً يعاني تقريباً نصف

أو أكثر من نصف أعداد البالغين من السمنة نتيجة طبيعية لزيادة نسبة الوحدات الحرارية التي يكتسبها الفرد في غذائه (Al Wan and King,1992 , WHO EMRO Technical Report, 1989) ، دون أن يكون هناك نشاط جسدي في المقابل لإحراق تلك الوحدات الزائدة .

يعتبر الطعام أكثر من مجرد غذاء في كل المجتمعات الإنسانية ، يلعب الغذاء وطريقته عدة أدوار ، فهو يؤثر ويتأثر بشكل كبير بكثير من المفاهيم الاجتماعية والدينية والاقتصادية في الحياة اليومية المعتادة للإنسان . إضافة إلى ذلك ، فمن الممكن أن ينتج عنه نوع من العلاقة بين الفرد والآخرين ، وبين الفرد وواجباته ، وبين الفرد والبيئة الطبيعية .

يقول الأنثروبولوجي ليفي ستروس Levi-Strauss إن كل مجتمع من المجتمعات له لغته الخاصة التي يتحدث بها ، إضافة إلى ذلك ، فإن كل مجتمع من المجتمعات أيضاً له أسلوبه وطريقته في تحضير الطعام وإعداده وطبخه . فعملية تحويل الطعام من مادة أساسية إلى مادة مطبوخة محضرة ، هي مسألة ثقافية ، وتختلف من مجتمع إلى آخر ومن ثقافة إلى أخرى (انظر : Helman, 1997, P: 37) .

وقد حاول كثير من الأنثروبولوجين أن يحدد الخلافات بين الثقافات المتعددة المتعلقة في اعتقاداتهم وممارساتهم التي تتعلق بالغذاء . فعلى سبيل المثال ، هناك اختلاف في كثير من الثقافات في تحديد تصنيفهم للغذاء . فهناك من يعتبر أنواعاً معينة من الأطعمة التي يتم تناولها ، وهناك من لا يعتبر النوع نفسه من الأطعمة ،

ومن ثمّ فهو محرم وممنوع تناوله . إضافة إلى ذلك ، فهناك فروق واختلافات متعددة بين المجتمعات والثقافات في طرق إعداد الطعام من حيث الجمع ، والحصاد ، والحرث ، والتحضير ، والتقديم ، وحتى طريقة الأكل والتناول نفسها . فكل ثقافة من الثقافات لها طرقها المحددة وقوانينها المميزة التي تحدد من خلالها من يحضر الطعام ، ومن يقوم بتقديم الخدمة الخاصة بالغذاء ، وأي الأشخاص أو المجتمعات التي تأكل مع بعضها بعضاً ، وأين تتم عملية التناول ، وفي أي المناسبات ، وأين تتم عملية تناول الطعام في المناسبات ، وما هو ترتيب الأطباق في الوجبات ، وما السلوك المعتاد في عملية التناول . كل هذه المراحل الخاصة في تناول الغذاء ترتبط بثقافة معينة وبسلوك الجماعة داخل هذا المجتمع .

في أغلب المناطق والمجتمعات الإنسانية في العالم اليوم ، تعتبر المرأة المسؤول الأول عن إعداد الطعام وفي بعض المجتمعات ، يتعدى عمل المرأة إعداد الطعام إلى القيام بأعمال أخرى خاصة بالطعام وتحضيره ، وحصاده ، وتغذية للحيوانات ، ورعي للماشية ، والزراعة والرعي وغيرها من الأمور . فهي تؤدي أدواراً متنوعة ومتعددة خاصة بالطعام . ويتعدى الأمر ذلك في كثير من المجتمعات الريفية خاصة في دول العالم الثالث ، أن تتولى المرأة مسؤولية بيع الغذاء وإخراجه إلى السوق . فأصبحت هناك أسواق نسائية كثيرة منتشرة في كثير من بقاع العالم خاصة بالنساء وذلك بهدف بيع المحصول والمنتجات الغذائية المتعددة مثل تلك الموجودة في غرب أفريقيا ، وفي أجزاء من أمريكا اللاتينية وغيرها من المجتمعات الريفية في دول العالم الثالث .

يلعب الغذاء دوراً رئيسياً في الحياة اليومية للإنسان ؛ ولذلك فإن المعتقدات

التي تتعلق بالغذاء يصعب تغييرها . من المهم هنا أن نعرف وأن نميز كل ثقافة وكيفية نظرتها إلى الغذاء ، وكيفية تصنيفه . وبشكل عام ، هناك خمسة أنماط ونماذج من التصنيفات للنظام الغذائي في أي مجتمع كما ذكرها هيلمن Helman ((1997) (pp: 38-49

هذه الأنماط الخمسة بينها تداخل كبير ، وكثير منها يظهر في وقت واحد في المجتمع نفسه . هذه الأنماط تتعلق بما يلي :-

١- الغذاء واللاغذاء .

٢- الغذاء والغذاء المحرم .

٣- التصنيفات الغذائية المتوازنة .

٤- الغذاء الذي يستخدم دواءً ، والدواء المستخدم غذاءً .

٥- الغذاء الاجتماعي .

١ - الغذاء واللاغذاء :

لكل ثقافة تحديدات معينة للمواد أيها يصلح غذاءً وأيها لا يصلح ، فهي تحدد أنواعاً من الأغذية دون النظر للقيمة الغذائية الخاصة بهذه المواد . ففي المملكة المتحدة ، على سبيل المثال ، الثعبان ، والسنجاب ، وثعلب الماء (نوع من الأسماك) ، والكلاب ، والقطط ، والفئران جميعها تعتبر موادّ قابلة وصالحة للأكل ، ولكنها لا تصنف على أنها نوع من أنواع الأغذية . في فرنسا ، الحلزن ، وأرجل الضفادع تصنف على من أنواع من الأغذية ، في حين لا تصنف هذه في المملكة المتحدة على أنها غذاء . وبغض النظر عن الخلفيات الثقافية المتعددة ، لا

توجد أي مجموعة سكانية في العالم اليوم تصنف وتحدد اللحم الآدمي على أنه نوع من الغذاء .

إن عملية تحديد ما هو صالح للأكل من عدمه تعتبر مسألة مرنة ومختلفة وتخضع لظروف محيطة بالإنسان ، مثل تلك التي تتعلق بالمجاعة ، وبالحرمان الاقتصادي والفقر . إضافة إلى ذلك ، هناك خلاف على بعض المواد هل هي غذاء أم لا على الرغم من تناولها عند أفراد الثقافة ، كتلك التي يتم تناولها بين الوجبات والتي تعرف بالوجبات الخفيفة snacks . وفي بعض الأحيان هناك أنواع متعددة من هذه المواد مثل الحلويات ، والشيكولاتة ، والكعك يروج لها على أنها مواد مغذية ، فهل هي كذلك أم أن الغذاء هو ذلك الذي يسد الجوع أو يزود الإنسان بالطاقة . إن الظاهرة العامة لجميع المجموعات الإنسانية أن هناك موادّ قد تكون بالأصل غذاء عند البعض ، ولكن تصنفها المجموعة على أنها ليست غذاء كما لو كان هناك مجموعة معينة تعاني من المجاعة ، ولديها بعض المواد الغذائية ، مما تصنفه هذه المجموعة على أنه ليس في عداد الغذاء . فتعريف الغذاء وغير الغذاء هي مسألة مجتمعيه تحددها ثقافة المجتمع الذي تتوافر فيه المنتوجات والمواد الغذائية .

٢ - الغذاء الشرعي والمحرم :

يستمد الغذاء الشرعي هذه الشرعية من ارتباط هذه الثقافة أو تلك بمعتقدات دينية بينما يعرف الغذاء المحرم على أنه ذلك الغذاء الذي يمنع تناوله تماماً ، وذلك لأن المعتقدات لدى هذه المجموعة تحرم تناوله وتصنفه في خانة المحضورات . في كثير من الأحيان ، يحرم الدين أو المعتقد ليس تناول هذا الطعام فحسب وإنما يتعداه ليشمل

المنع حتى من الاتصال الفزيقي به (Hamen, 1997) .

وإذا أخذنا مثلاً الدين الإسلامي ، فإنه يحرم تناول المشروبات الكحولية . وهو أيضاً يحرم حتى الاتصال الفيزيقي لها كاللمس أو الحمل أو حتى الجلوس في دائرة من يتعاطاها . فلقد حذر الرسول (ﷺ) من مخالطة شارب الخمر والجلوس مع من يشربها ، وحملها .

فالإسلام دين يحرم شرب الخمر ، وكذلك يحرم أكل الحيوانات الميتة ، وأكل لحم الخنزير . فهذه الأمور والمحرمات أتت في السنة النبوية . فقد قال رسول الله (ﷺ) في عام الفتح : «إن الله ورسوله حرّم بيع الخمر والميتة والخنزير والأصنام . فقيل يا رسول الله ، أرأيت شحوم الميتة . فإنه يطلى بها السفن ، ويدهن بها الجلود ، ويستصبح بها الناس؟ فقال : لا هو حرام . ثم قال رسول الله (ﷺ) عند ذلك : قاتل الله اليهود . إن الله عز وجل لما حرّم شحومها جملوه ثم باعوه ، فأكلوا ثمنه» . (جملوه تعني أذابوه) . فأخذ من هنا تحريم بيع الخمر والميتة نجاستها (انظر : محمد القشيري ، إحكام الأحكام) . إضافة إلى ذلك ، يمكن الاعتماد على عملية التحريم كون الخنزير حاملاً لبعض القاذورات ومسببات الأمراض (انظر : أحمد شوقي الفنجري ، 1985) . ولذلك ، فإن الغذاء المحرم قد يكون نجساً وغير مرغوب حتى في لمسه .

كما أنه قد ينظر للغذاء المحرم على أنه «قذر» أيضاً في بعض الأوقات ، وأنه مضر وخطر للصحة . وذلك مثل الحال عند المسلمين بالنظر إلى الخنزير كما سبقت الإشارة . إضافة إلى أن الهندوس واليهود أيضاً لهم بعض الأوقات التي يمتنعون بها

عن بعض أنواع من الأطعمة .

ولو نظرنا إلى بعض الديانات المتعددة والموجودة في المجتمعات المختلفة لوجدنا هناك تفاوتاً في جانبي التحليل والتحريم . فكما ذكر هلمن Helman (1997) ، الهندوس على سبيل المثال محرم عليهم قتل وأكل أي حيوان وبالتحديد البقرة . علماً بأن منتجات الحيوانات مسموح بها نظراً لعدم تعرض هذا الحيوان للخطر في أثناء أخذ منتجاته . وكذلك ، فإن البيض والسمك من الوجبات المباحة في هذه الديانة . وفي الديانة اليهودية يعتبر أكل الخنزير من المحرمات مثله في ذلك مثل الإسلام . وكذلك تحريم الديانة اليهودية السمك الذي ليس له زعانف أو قشور ، وكذلك الطيور الميتة . أما الطعام المباح من الحيوانات هو الذي يطلق عليه kosher أي المباح . ولعل الغذاء في الديانة اليهودية قريب من الديانة الإسلامية ؛ حيث إن لحم الخنزير ومنتجاته محرمة ، وهناك خلاف بسيط بين المذهبين السنة والشيعة في تناول بعض المنتجات البحرية مثل السمك الجرجور ، والقبقب . فتدخل هذه المخلوقات من باب المحرمات عند الشيعة . وعند البعض من الديانة المسيحية ، نجد أن لحم البقر يعتبر أكله محرماً وليس غذاء ، ولكن لحم الخنزير يعتبر من المنتجات الغذائية .

وهكذا وباختلاف الديانات يختلف مفهوم الغذاء لديهم . فما هو حلال في ديانة معينة ، لا يعتبر بالضرورة حلالاً في ديانة أخرى . والدين هنا بلا شك يحدد بذلك الغذاء الصالح المرتبط بتلك الثقافة .

٣ - التصنيفات الغذائية المتوازية :

تصنف الأغذية بشكل عام إلى تصنيفين متوازيين يطلق عليهما عادة «الغذاء البارد» و«الغذاء الحار» . فعملية التناول للمأكولات سواء كانت باردة أو حارة تختلف من مجتمع لآخر ومن ثقافة لأخرى . إن عملية التصنيف لما هو «بارد» أو «حار» يتجاوز الأطعمة ليشمل حتى المرض والدواء والحالة الجسمانية للإنسانية . فهناك من الثقافات ما يستخدم الدواء «البارد» للمرض «الحار» (حسب تصنيفها للدواء أو المرض) . فعلى سبيل المثال في الولايات المتحدة ، بعض سكان أمريكا اللاتينية ينظر إلى مرض التهاب المفاصل arthritis على أنه مرض «بارد» ، ويتم معالجته بمواد غذائية أو مواد طبية حارة . وفي المقابل ، فإن ضربة الشمس في المغرب (وفي الدول العربية كافة) تعتبر من الأمراض الحارة وبالتالي فإن المعالجة تكون باستخدام مواد باردة . وهناك من الناس من يتجنب بعض أنواع من الطعام في حالة إصابته بمرض معين أو حالة معينة . فالنساء الحوامل في بعض المجتمعات يتجنبن الغذاء «الحار» وذلك لنوع من المعتقدات المعينة . إضافة إلى ذلك ، فقد ميزت المجتمعات الإنسانية حالات وسطى صنفت من خلالها الطعام بأنه دافئ (Helman, 1997) .

وعلى الرغم من أن هناك حاجة لدراسة هذه الأنواع من التصنيفات في منطقتنا العربية والمحلية ، فأن الملاحظ وبشكل كبير أن المجتمع المحلي يقوم بتصنيف كثير من الأغذية على هذه الاعتبارات . فهناك الأغذية الحارة وهناك الأغذية الباردة . وهناك معالجات عامة تتم من خلال الغذاء الحار أو البارد لبعض الحالات المرضية . ففي ثقافة المجتمع المحلي على سبيل المثال ، تمنع المواد الغذائية الباردة على المرأة المرضع

أو حديثة الولادة . فتذهب كثير من الأمهات إلى منع بناتهم حديثات الولادة من تناول الماء البارد أو المرطبات ، ويستعاض عنه ببعض المواد الغذائية المليئة بالبهارات والمواد التي تصنف على أنها حارة . بينما نجد في الولايات المتحدة أن المرأة حديثة الولادة ، تقدم لها المرطبات والببسي كولا والسوائل في فترة ما بعد الولادة . فهو اختلاف ثقافة في قضية التصنيف ومن ثم يختلف الاستخدام من جراء ذلك .

٤ - الغذاء الذي يستخدم دواءً ، والدواء المستخدم غذاءً :

هناك تداخل بين هذا الجانب ، لعنصر السابق . فهناك مجتمعات تكثر من استخدام بعض الأطعمة على أنها أنواع معينة من الدواء . فهناك مجتمع على سبيل المثال يتناول أنواعاً من الأعشاب ويضعها في غذائه اليومي ، وذلك على أنه نوع من أنواع التغذية ، والدواء في الوقت نفسه . فهذه الأنواع من الأعشاب تستخدم للمعالجة من أمراض معينة ومحددة ، ومن ثمّ فإن تناولها يسهم في شفاء المريض ، أو يستخدم على أنه نوع من أنواع الوقاية من الإصابة ببعض الأمراض .

وكذلك هناك الكثير ممن يتناول بعضا من العقاقير والمستحضرات الطبية كالفيتامينات والمقويات وغيرها على أنها وسائل تساعد على تزويد الجسم بالمواد الغذائية المناسبة والطاقة اللازمة . وقد زاد الإقبال في الوقت الراهن على هذه المواد ؛ إذ يقبل الكثيرون في العالم المتقدم على تناول هذه المواد الغذائية الغنية بالفوائد والتي تبني العظام والأنسجة وتولد الطاقة ، وتساعد أعضاء الجسم على تأدية دورها . وقد أغفل الكثير منهم بعض المنتجات الغذائية واستبدلوها في بعض الأوقات بهذه المواد ، والمستحضرات الطبية ، إلى درجة أن هناك من أطلق عليهم

تسمية المصابين بمرض الفيتامينات (انظر مصطفى جوهر حيات - الكوليسترول والغذاء والرياضة) .

٥ - الغذاء الاجتماعي :-

وهو ذلك النوع من الغذاء الذي يحمل معه طابعاً رمزيًا وغذائيًا في الوقت نفسه . فالغذاء في جميع المجتمعات الإنسانية لا يعتبر وسيلة لإشباع حاجة غريزية فقط ، إنما هو أيضاً وسيلة من التعبير عن «العلاقات» بين الناس . هذا النوع من العلاقات يمكن أن يكون بين الأفراد أنفسهم ، أو بين المجموعات الاجتماعية ، أو البيئية ، أو العرقية ، أو حتى بين الناس ومعتقداتهم الإلهية والفوق طبيعية . فهناك وجبات غذائية مشتركة بين مجموعة من الأفراد تفرضها عليهم تقاليد اجتماعية يمارسون من خلالها علاقات اجتماعية تحمل في طياتها معاني تتجاوز مجرد سد الجوع أو تناول وجبة يومية إلي تعميق علاقات معينية ، وقد يحمل ذلك علاقة بين الإنسان والعالم الخارجي والتقرب إليهم والشعور بهم وتذكرهم . فهذه الطقوس الغذائية تحمل معها بعضاً من المواد الغذائية ، وتحمل قيماً غذائية محددة (Helman, 1997) .

ويمكن أن يكون الغذاء رمزاً للمكانة الاجتماعية . ففي بعض المجتمعات تكون هناك ندرة في توافر بعض الأطعمة ، فمن يحصل على هذه الأنواع كاللحوم والدجاج مثلاً ، ويقدمها يعتبر ذا مكانة اجتماعية عالية يختلف عن بقية أفراد المجتمع . فتوافر بعض أنواع الأغذية عند البعض قد يرفع من مستوى الفرد الاجتماعي عندما يقدم مثل هذه الأنواع (Malmen, 1997) ففي المجتمع الخليجي

العربي على سبيل المثال ، في فترة ما قبل النفط ، من يملك الإبل يعتبر أعلى مرتبة اجتماعية ممن يملك الماعز . ولذلك ، فإن نوعية الغذاء المملوك لأصحاب الإبل يختلف عن ذلك الذي لأصحاب أو رعاة الماشية ، ومن ثم ينعكس ذلك على وضعهم الاجتماعي .

وتنتشر في مجتمعات الخليج والجزيرة العربية عادة إكرام الضيف . وإكرام الضيف عادة تبرز في نوعية الطعام وطريقة إعداده وتجهيزه وتحضيره . ونأخذ على سبيل المثال ، ذبح الشاة (الخروف) للضيف تقديراً له ، ويدعى من خلاله الأصدقاء والأقرباء فيتم بذلك نوع من العلاقات الاجتماعية وذلك لإشعار الضيف بمقامه ومكانته عند المضيف . ويتم من خلاله وضع رأس الذبح فوق الأرز وفي الإناء الذي يتناول منه الضيف ، وذلك تقديراً له ولإخباره بأن هذا الطعام معدّ خصيصاً له ، وأنه قد تمّ ذبحه من أجله . فهي وسيلة رمزية للتعبير عن إكرام المضيف لضيفه . وحتى دعوة الأصدقاء والأقارب ما هي إلا دلالة على تقديره له ولتوطيد نوع من أنواع العلاقات بين الضيف والحاضرين . فالقضية هنا رمزية ، يكون الطعام عنصراً فاعلاً فيها .

إضافة إلى ذلك ، فإن هناك من يقدم الطعام في بعض المناسبات والأعياد . كاعتياد الكثير على تقديم الطعام للعامة وللفقراء والمحتاجين خلال شهر رمضان من كل عام ، وفي الأعياد . فهو تجمع يضم في حقيقته مجموعة من الناس لغرض معين ، إضافة إلى دعوة الأصدقاء والأقرباء . وإضافة إلى أن هناك مناسبات متعددة يجتمع فيها الناس ويتناولون خلالها الأنواع المختلفة من الأطعمة مثل الديوانية في المجتمع الكويتي (انظر : Abdullah, 1995 ، يعقوب الكندري ، 2002) والتي تعتبر

ممارسة لعادة من العادات الاجتماعية التي تفرض على المجتمعين في كثير من الأحيان أن يتناولوا غذاءهم في اجتماع مع آخرين ، وهنا يرتبط الطعام بقضيتين أساسيتين تتعلقان بكمية الطعام المتناول ونوعية مادته الغذائية ، والتي تفرض بالنهاية غطاء غذائيًا وصحيًا خاصًا مرتبطاً بهذه الممارسات .

إضافة إلى ذلك ، فإن الغذاء يمكن أن يحدد جانباً من هوية المجتمع ، فمن المعروف أن كثيراً من المجتمعات الإنسانية لديها أصنافُ معينة من الطعام تعتبر سمه ثقافية مميزة لها . فقد يأخذ الطعام صفة الهوية الدينية ، أو العرقية ، أو حتى الأقلية (Halmen, 1997) . فتعرف على سبيل المثال ، أكلة «المجبوس» أو الكبسة (كما تسمى في المملكة العربية السعودية) على أنها الأكلة الدارجة لمجتمعات الخليج ويتميز المجتمع الإيطالي «بالمعكرونة» ، والهندي بالأرز ، وهكذا . فالغذاء يسهم في تحديد الهوية الخاصة بالمجتمع ويلعب دوراً اجتماعيًا مميزاً أكثر من كونه غذاء .

لا شك بأن هذه العناصر الثقافية مجتمعة تبرز الغذاء أو الطعام على أنه ليس وسيلة لإشباع حاجة غريزية فحسب ، إنما يتجاوز ذلك ليشمل إطاراً ثقافيًا يميز المجتمعات الإنسانية . ووفقاً لذلك ، فإن ما هو مسموع ومتناول ومتداول من ثقافة معينة قد لا يكون كذلك في ثقافة أخرى وهو ما يؤدي في النهاية إلى تفاوت واختلاف تعرض الأفراد الذين يعيشون في هذه الثقافات المختلفة إلى عوارض صحية متفاوتة أيضاً ، فالاختلاف هنا في الطعام اختلاف عرض الجوانب الصحية المتعددة . ولذلك فإنه من المهم جداً فهم الثقافة المراد دراستها قبل البدء في عملية تحديد الأعراض المرضية فيها ، ومن ثم تحديد وسائل العلاج المناسبة .

فكل ثقافة لها نمطها الغذائي الخاص بها ، ومن ثمّ يتعرض كل مجتمع إنساني لتأثيرات صحية تختلف عن المجتمع الآخر ، وقد يكون الغذاء أحد أبرز مسبباتها . ونأخذ على سبيل المثال الممارسات الغذائية التي تتسم بها بعض من الثقافات الفرعية للجماعات العرقية الرئيسية الموجودة في الولايات المتحدة ، ونمط غذائها . فنجد أن الجماعات العرقية الأربع المتمثلة في الأمريكان السود ، والأمريكان الآسيويين ، والأمريكان الأصليين ، والذين ينحدرون من أصول أسبانية (الهسبانك) يتميزون بأنماط غذائية مختلفة ومتفاوتة . فيوضح لبسون Lipson et. al (1996) أن هناك تنوعاً في الغذاء بين هذه الفئات المختلفة . فعلى سبيل المثال يعتبر الأرز الوجبة الأساسية والرئيسية في الغذاء للأمريكيين الآسويين . إضافة إلى احتواء كثير من الغذاء التقليدي الخاص بهم على كمية عالية من الصوديم ، ويكثرون من تناول الخضروات المخللة ، وفاصوليا وصلصة الصويا . إضافة إلى أن هذه المجموعة العرقية تتناول كميات قليلة من منتجات الحليب إلا أنها تأخذ الكالسيوم من فول الصويا والبقوليات الخضراء ، وتناول كميات قليلة من الدهون ، والكثير من لحم الخنزير والدجاج . أما عند الأمريكان الأصليين فإن نوعية الغذاء قد تختلف عن الأمريكان الآسيويين نوعاً ما في أن غذاءهم الرئيسي غني بالألياف ، يحتوي بدرجة كبيرة على الحبوب والفول أكثر من اللحوم من أجل الحصول على البروتين . كما يحتوي غذاؤهم على كمية كبيرة من الفواكه ، والعصائر إضافة إلى تناول الحليب في الغالب مع القهوة . أما الأمريكان السود فإنه لا يوجد لديهم غذاء محدد يتميزون به . فهم يتصفون باستهلاك اللحوم والأسماك والحبوب والبطاطا والأرز والمشروبات الباردة ، ويتميزون بعدم الإنتظام في أوقات الوجبات الرئيسية ، وفي

كثير من الأحيان لا يتناولون الوجبات الثلاث الرئيسية في اليوم . أما المجتمعات الأخرى ، وهم الهسبانك (الأسبان) الذين ينحدرون من أصول إسبانية ، فإن غذاءهم التقليدي يحتوي على غذاء متوازن من المنتوجات البحرية ، والفواكه الطبيعية ، والبقوليات الخضراء البرية ، القمح ، الحبوب ، العصائر الطازجة ، الأرز البري ، ولعل تعدد أنواع الأغذية لهذه الفئة سببه المباشر طبيعة التوزيع الجغرافي لهذه الفئة . فالأمريكان الأصليون الذين يعيشون في الأماكن المتحضرة لا يتناولون اللحوم بشكل كبير ، بينما الأمريكان الأصليون الذين يعيشون في المناطق الريفية أكثر تناولاً للحوم الماعز والخرفان (انظر : Lipson et. al., 1996) .

وهذا بطبيعة الحال الغذاء التقليدي لهذه المجموعات السكانية التي نعيش في الولايات المتحدة ، وإن كانت جميع هذه المجموعات قد انخرطت في تناول مواد غذائية غنية بالدهون والكربوهدرات فقيرة بالألياف ، مما أدى إلى انتشار كثير من الأمراض العصرية المزمنة . فهذا النمط الثقافي لكل مجموعة قد حدد نمطاً غذائياً معيناً شكل بدوره نمطاً صحياً كما سنرى فيما بعد . فالطعام قد يميز الثقافة التي ينتمي إليها الفرد ، ومن خلاله يمكن تكوين سمة ثقافية واضحة محددة للمجتمع قيد الدراسة . ولا شك بأننا نلاحظ هذه الاختلافات في الثقافة وانعكاسها على الغذاء في كثير من المجتمعات العربية والمحلية ، والشواهد هنا كثيرة لتوضيح هذا الموضوع . فالغذاء رمز أو عنصر من عناصر الثقافة للمجتمع .

التغير الاجتماعي والثقافي والتغذية :-

يعتبر الطعام عنصراً أساسياً لاستمرار الحياة ؛ فبالغذاء توجد الحياة ويبقى

الكائن الحي وينمو ويكبر . وفي المقابل ، يمكن أن يكون الغذاء وسيلة أو عاملاً لعدم استمرار الحياة أو الوفاة . ولذلك ، يعتبر موضوع الغذاء ومدى ارتباطه بصحة الإنسان أحد أهم المباحث الرئيسية التي تحاول بيولوجيا المجموعات السكانية التركيز عليه ودراسته . فالأمراض من الممكن أن تتأثر وتنتشر وتزداد بشكل مباشر بواسطة الغذاء ونوعيته وكميته ، وهي في الغالب ترتبط مع التغير الذي يحدث لمجتمع ما أو ما يسمى بعوامل التحديث .

وقبل الدخول في تفصيل خاص عن علاقة الغذاء بالأمراض ووسائل التأثير الخاص المرتبطة بعوامل التغير الاجتماعي والثقافي ، من المفيد هنا عرض وإبراز أهم العوامل الاجتماعية والنفسية المؤثرة على السلوك الغذائي . فإنه يستعان بالطعام أحياناً لتعزيز العلاقات الاجتماعية بين الناس وذلك من خلال المآدب والولائم ، والذي يعتبر أيضاً وسيلة من وسائل الترحيب بالضيوف ، وكذلك الزيادة في كميته المقدمة على أنها إحدى الوسائل المعبرة عن مشاعر الإنسان تجاه الآخرين . إضافة إلى ذلك ، قد تستخدم الأم الطعام وسيلة عقابية أو مكافأة أو تعبيراً عن الحب ؛ وقد تستخدمه الأم أيضا كوسيلة إلى الابتكار والإبداع في إعداد وطهي الطعام لتنال تقدير أفراد أسرتها (فوزية العوضي ، 1997) . فالطعام هنا أكثر من مجرد حاجة بيولوجية ، فهو إضافة إلى ذلك يعتبر مفهوماً اجتماعياً يدخل ضمن دائرة الحياة الإنسانية اليومية .

ويلخص غاسلر Gussler (1987) أيضاً أبرز التغيرات التي حدثت في أنماط الغذاء . والتي تتمثل في :-

١- التغيرات التي حدثت في البناء الاجتماعي للأسرة وفقدان الدعم الذي يتلقاه

الفرد من الأسرة الكبيرة .

٢- التغيرات التي طرأت على وضع المرأة الاقتصادي ودورها وخاصة ذلك الوضع الذي ارتبط مع العمل ، والذي يعتبر مسألة غير مناسبة ومتعارضة مع الرضاعة الطبيعية ، والرعاية التقليدية للطفل .

٣- زيادة في المشكلات المتعلقة بدر الحليب من الأم ، وذلك نتيجة لبعض من الجوانب والضغوط النفسية .

٤- استخدام الوسائل والممارسات الحديثة للرعاية الصحية وخاصة تلك الأمور التي تتعلق بالولادة .

٥- التغيرات في الاتجاهات والقيم والخاصة بشكل الجسم الملائم والأكثر جاذبية .

٦- توافر الغذاء التجاري الخاص بالطفل في الأسواق ، وتوافر الأدوات الخاصة به أيضاً .

هذه التغيرات التي تم ذكرها أثرت بشكل كبير على الوضع الغذائي الخاص بالأسرة بشكل عام . فالأسرة الكبيرة التي كانت تقدم دعماً لأبنائها من حيث إعداد وتوفير الطعام ، لم يعد موجوداً ، وخاصة في المجتمع الغربي . فلم تعد مسئولية الزوجة وحدها إعداد الطعام في كثير من المجتمعات ، بل يشترك فيه الزوجان في أحيان كثيرة ، وقد ارتبط ذلك أيضاً بعمل المرأة وتعدد مسؤولياتها في المجتمع العربي الحديث . فهذه المسؤوليات قد فرضت عليها دوراً مختلفاً عما كان في السابق . فقد أصبح لها دور مختلف تجاه نفسها ، وزوجها وأبنائها وحتى أطفالها الرضع من حيث التغذية والنظام الغذائي المتبع . والمجتمع الخارجي أيضاً قد أصابه نوع من التغير نتيجة للتحضر والاتصال بالمجتمعات المتقدمة . فالرعاية الصحية تغيرت ، وأثر ذلك

بدوره على تغير كثير من الآراء والأفكار الخاصة بالفرد في استخدام أنواع من الأطعمة الجاهزة وسريعة التحضير مثلاً ، وخاصة تلك التي تتعلق بالطفل ، والذي سهل على كثير من الأمهات استخدامها واقتناءها . فالوفرة المادية والسهولة في إعداد وتحضير الطعام ساعدت على اقتناء هذه النوعية من الأطعمة . فهناك تغير واضح وبارز في الطعام والذي يؤثر بدوره على صحة الإنسان .

وفيما يتعلق بالغذاء والأمراض فإننا يجب أن نميز بين المجتمعات المتعددة عند تناولنا لهذه المسألة . فقد أخذت تلك الدراسات منحنى واتجاهاً بيولوجياً وثقافياً تشترك المجتمعات في المحاولة والسعي لفهمه وإدراك جوانبه . ففي المجتمعات التقليدية - سواء كانت هذه المجتمعات مجتمعات صيد أو مجتمعات زراعية أو ريفية - فهي تعتبر مجتمعات معزولة جغرافياً عن المجتمعات المتحضرة . فهي متكيفة تماماً مع البيئة الطبيعية التي تنتمي إليها . وأعضاء هذه المجتمعات يتمتعون بمستوى جيد من الغذاء والصحة بشكل عام . أغلب الأمراض التي يعاني منها أفراد هذه المجتمعات هي تلك الأمراض المعدية ، فكثير من الباحثين أكدوا حقيقة مفادها غياب الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والسرطان وضغط الدم ومرض السكري . يرجع ذلك لعدة عوامل ، وقد يكون الغذاء والتغذية أحد أهم هذه العوامل (Wirsing, 1985) نوعية وكمية الطعام استخدمت على أنها عامل أساسي لحماية أو إصابة الناس ببعض الأمراض . وذلك ينعكس بالضرورة على المجتمع بأكمله . فالحالة الصحية للمجتمع يمكن أن تتأثر بواسطة التغير الاجتماعي الثقافي ، وذلك من خلال الزيادة في الإصابة بالأمراض المزمنة المذكورة .

لقد لعبت عملية الاتصال الثقافي دوراً بارزاً في انخراط واندماج كثير من

المجتمعات التقليدية في المجتمعات الأكثر حداثة . فهناك تأثير كبير للمعطيات الثقافية الخاصة بالمجتمعات المتقدمة ، والتي تركت بصماتها الثقافية على المجتمعات التقليدية ، وهذا الاتصال المستمر والمكثف للمجتمعات التقليدية بالمجتمعات الصناعية والمتقدمة قد ولد نوعاً من التأثير الثقافي على هذه المجتمعات . فأصبحت هناك تغيرات في الخبرات الاجتماعية الثقافية ، والخبرات التكنولوجية ، وتغيرات أيضاً في البيئة المحيطة . مما أدي تأثير التكيف مع المعطيات الثقافية والنفسية وأصابه الخلل والفوضى ، وقد انسحب الخلل أيضاً على الصحة العامة (Wirsing,1985) .

فمن المعروف أن الغذاء المليء بالألياف مثل الفواكه والخضراوات يحمي الإنسان من التعرض لكثير من الأمراض مثل مرض السكري وأمراض القلب . فقد أثبتت الدراسات الخاصة في شؤون الغذاء والتغذية وجود كميات كبيرة من الألياف في الخضراوات والفواكه وينصح الأطباء والمختصون في شؤون التغذية الإكثار من تناول هذه المواد نظراً للفائدة المرجوة من الألياف فيها إلى درجة أنهم فرضوا أن تحتوي الوجبة اليومية على ٣٣٪ تقريباً من هذه المواد الغذائية ، أي : بمعدل ثلث الغذاء أو الوجبة اليومية للإنسان .

إن وجود مثل هذه النوعية من الغذاء والذي يحتوي على الألياف لا شك أنه موجود ومتوافر في المجتمعات التقليدية فمن الطبيعي أن تكون المادة الأساسية للوجبات اليومية من هذه الأنواع الصحية من الأغذية مما ينعكس بالتالي على صحة الفرد المنتمي لهذا المجتمع . فالغذاء الصحي أو المتكامل ينعكس على صحة الإنسان ، وطبيعة الغذاء في المجتمع تنعكس على صحة الإنسان ففي دراسة قام بها بوركهارت (Burghart, 1995) على الهندوس الذين يعيشون في المملكة المتحدة

والذي قام من خلاله بدراسة الوجبة الغذائية اليومية لهم . فوجد أن الغذاء الهندوسي يتكون من مواد غذائية متكاملة تتكون من الحبوب ، الحليب والصويا والدهن النباتي الذي تقلي فيه هذه المجموعات وأطعمتها المختلفة ، فالوجبة المفيدة والمكونة من الأرز ومحصول القمح يساعد بشكل كبير على التقليل والحد من الوفاة بسبب الأمراض الخبيثة كما أثبتته الدراسات .

وقد أكدت ايتن Eaton (1977) على أن هناك تغيراً في الغذاء أصاب المجتمعات المتصلة بالمجتمع الغربي . هذا التغير أحدث تأثيراً كبيراً في التقليل من الألياف في الوجبات الغذائية ، وزيادة في استخدام السكريات . وقد استخلصت من دراستها أن ظهور وانتشار مرضى السكري ما هو إلا نتيجة للتغير في الغذاء ومكوناته . فالسكري مرتبط بتغير الغذاء والذي يعتبر جزءاً من اتجاهات التغير الاجتماعي الثقافي . فالتغير الغذائي الذي أدخل على الأطعمة احتوى على كثير من السكريات وزيادة في محتوى الكربوهيدرات ، والذي ارتبط في النهاية ارتباطاً مباشراً بالتغير الاجتماعي الثقافي الذي أسهم في حدوث هذه النقلة .

إن عملية التغير من الغذاء الصحي إلى غذاء أقل كفاءة وفائدة يؤثر بشكل سلبي على صحة الإنسان . فالغذاء التقليدي يحتوي أغلبه على كمية وفيرة من الألياف وفيتامينات A, C, E المستمدة من الخضراوات والفاكهة ، والتي تستهلك بشكل كبير في الوجبات الغذائية . فانتقلت إلى أغذية تحتوي على كمية كبيرة من الدهون ، الصوديوم ، والسكر والتي لها الأثر الأكبر في النهاية في ظهور كثير من الأمراض العصرية المزمنة وانتشارها . وكما يوضح ذلك كروز وجيمس Crews and James (1991) على سبيل المثال في أن الألياف ، وفيتامين C , A , E

تعتبر من المكونات الغذائية التي تحمي الإنسان من الإصابة بمرض السرطان .

ولعل مثال دول الخليج العربي بشكل عام يعتبر أحد أبرز الأمثلة على عملية الانتقال الغذائي أو التبدل في النظام العام في الغذاء لدى سكانه . فنتيجة أساسية وطبيعية للثروة والوضع الاقتصادي العالي والمرتبط باكتشاف الثورة النفطية في هذه المنطقة ، حصلت تغيرات في الغذاء وطبيعته بشكل كبير . وعلى الرغم من قلة الدراسات الأثنوجرافية التي تصف طبيعة الغذاء الخاص في مجتمعات الخليج ما قبل النفط ، فأنه من المؤكد إن هناك أنواعاً متعددة من الأغذية قد بدأت تستهلك في هذه الأيام ، وذلك نتيجة الاحتكاك والاتصال الثقافي المستمر والمكثف مع المجتمعات المتقدمة . فمن المعروف أن مجتمع الخليج العربي ما قبل النفط ، كما يذكر ذلك محمد الرميحي (1995) يتكون من ثلاثة مجتمعات أساسية : مجتمع الصيادين والغواصين على اللؤلؤ ، والذين يعيشون على خيرات البحر ، والمجتمع الزراعي في بعض الواحات الزراعية المنتشرة في مناطق متفرقة من الخليج ، وأخيراً المجتمع الرعوي الأكثر انتشاراً . فهذه المجتمعات تنتج أنواعاً معنية ومحددة من الأطعمة التي تشكل في مكوناتها موادّ طبيعة تحمي الإنسان في هذه المجتمعات من تلك الأمراض المزمنة . فوجود التمر الذي يعتبر مادة غذائية أساسية ، ووجود اللبن الطازج المأخوذ من الحيوانات المحلية المستأنسة ، ومنتجات البحر من السمك وغيرها أسهمت بشكل كبير في توفير نوعية غذاء من مكونات طبيعية مفيدة للجسم الإنساني ، والتي تنعكس في النهاية على صحته العامة وصحة المجتمع نفسه بشكل عام .

ونتيجة للثروة النفطية والانفتاح على الغرب والاتصال الثقافي والاجتماعي على اقتصاديات العالم الحديث ، فقد تم استبدال كثير من الأطعمة من قبل الفرد في المجتمع النفطي فلم يعد التمر على سبيل المثال من الوجبات الرئيسة في الوجبة اليومية لإنسان الخليج بعد ما كان الغذاء الأساسي في أطعمتهم ، وأصبح هناك انفتاح لأغذية مستوردة مليئة بمواد تحتوي على نسبة كبيرة من الدهون والصوديوم والكربوهيدرات . فانتشرت الأغذية المختلفة وظهرت مطاعم الوجبات السريعة على أنها أبرز الأمثلة على ذلك ، فجميعها كان لها الأثر السيئ والسلبي على تغذية الإنسان الخليجي ، ومن ثمّ فمن الضروري هنا أن نربط بين وجود وانتشار الأمراض العصرية المزمنة مع هذا التغير في نوعية الأطعمة . فانتشرت أمراض مثل ضغط الدم ، والسكري ، وأمراض القلب ، والسرطان وهي تزداد انتشاراً نتيجة مباشرة وطبيعية وأساسية لهذا التغير في الغذاء .

الغذاء ، والسمنة ، والتغير الثقافي :-

تعرف السمنة أنها «تراكم الطاقة الفائضة أو الزائدة عن احتياج الإنسان الاستهلاكي وادخارها في الجسم على شكل نسيج دهني اختزالي في أماكن مختلفة تحت الجلد كالأرداف والاليتين والبطن والذراعين والمنكبين بسبب زيادة وزن الإنسان عن الوزن الطبيعي» (فوزية العوضي ، ص٧) . ولعله من المفترض علينا في هذا الجانب أن نقدم وضعاً عاماً عن معدلات السمنة ودرجاتها وتحديد المستويات الخاصة بها فقلد وضحت منظمة الصحة العالمية WHO (1995) تقديراتها حول هذا فيما أسمته بقياس كتلة الجسم BMI ؛ إذ إنه يعتبر من المؤشرات المهمة ،

والتي تعكس تقديراً مناسباً في هذا المجال ، وهذا القياس يعتبر من أدق المقاييس لتحديد الوزن الزائد للإنسان . فلقد حددت المنظمة التقديرات الأقل من المعدل في درجة السمنة ، وفي المعدل أو الطبيعي ، وقسمت السمنة إلى ثلاثة تقسيمات أو درجات أعطتها درجة أولى ، ودرجة ثانية ، ودرجة ثالثة . ويتم قياس وحدة كتلة الجسم عن طريق عملية حسابية بسيطة ، ومقسمةً تكون نتيجتها تحديد الدرجة الخاصة بالسمنة . هذه العملية تتمثل في مقدار الوزن بالكيلوغرامات تقسم على الطول بالسنتمتر تربيع (kg/m2) فلقد حددت المنظمة الأرقام والتصنيفات التالية : ١٨٫٥ فما دون يعتبر الوزن فيها تحت المعدل ، ١٨٫٥-٢٥ في المعدل الطبيعي ، ٢٥-٣٠ سمنة درجة أولى ، ٣٠-٤٠ سمنة درجة ثانية ، وفوق الأربعين تعتبر سمنة درجة ثالثة .

وفي شهر يونيو لعام ١٩٩٨ ، أعلنت الحكومة الفدرالية في الولايات المتحدة عن تعريف جديد للوزن المناسب والصحي وهو مشابه تقريباً للتصنيف السابق . ولقد وضحت بأن الأشخاص الذين يكون مقياس كتلة الجسم الخاص بهم بين ٢٥-٢٩٫٩ يعتبر فوق المعدل ، والأشخاص الذين يكونون بين ٢٥-٣٤٫٩ ولديهم قياس خصر أكثر من ٤٠ إنش للرجل ، و٣٥ للنساء يعتبرون من الأشخاص الذين يعانون من سمنة وخطورة في الإصابة بمشكلات صحية . ويوضح لنا الجدول التالي التقسيمات الخاصة بمعدلات السمنة (Calorie Control Council, online) :

جدول (٣) تصنيفات السمنة والوزن فوق المعدل بواسطة استخدام مقياس كتلة الجسم BMI ، مع مقياس الخصر مع ارتباطها بدرجة الخطورة بالإصابة بالأمراض

الوزن	مقياس كتلة الجسم BMI (kg/m2)	درجة السمنة Obesity Class	درجة خطورة الإصابة بالأمراض (سكري ، ضغط دم ، أمراض قلب)	
			الذكور الذين يكون مقياس الخصر لهم ١٠٢سم (٤٠ إنش) وأقل والإناث من ٨٨سم (٣٥إنش) وأقل	ذكور أكثر من ١٠٢سم للخصر (٤٠ إنش) إناث أكثر من ١٨سم للخصر (٣٥ إنش)
تحت المعدل	< ١٨,٥		-	-
في المعدل الطبيعي	٢٤,٩-١٨,٥		-	-
فوق المعدل	٢٩,٩-٢٥,٥		زيادة احتمال إصابة بالأمراض	عال
سمنة ١	٣٤,٩-٣٠,٠	درجة أولى	عال	عال جداً
سمنة ٢	٣٩,٩-٣٥,٠	درجة ثانية	عال جداً	عال جداً
سمنة ٣	-٤٠,٠	درجة ثالثة	عالي بصورة شديدة	عال بصورة شديدة

المصدر : (Calorie Control Council, online)

فالملاحظ من خلال الجدول المذكور ارتباط كبير بين السمنة والإصابة بالأمراض المزمنة والتي تتعلق بضغط الدم ، والسكري ، وأمراض شرايين القلب . ويلاحظ أيضاً ارتباط بالمقاييس الخاصة بحجم الخصر . فزيادة حجم الخصر يقابله زيادة في معدل السمنة ، وبالتالي زيادة في احتمال الإصابة بهذه الأمراض . ولعل الأشخاص الذين يزيد التقدير الخاص بمقياس كتلة الجسم عن ٤٠ هم أكثر الأشخاص تعرضاً للإصابة بهذه الأمراض ، والتي وضحتها كثير من الدراسات في هذا الجانب . فلقد وضحت دراسات متعددة الارتباط الملحوظ في هذا الجانب . فالسمنة كما سبقت الإشارة ارتبطت بمعدلات إصابة مرتفعة لأمراض متعددة .

ولا شك أن المسألة تتفاوت من مجتمع لآخر ، ومن ثقافة لأخرى ، وعلى الرغم من أن السمنة والإصابة بها لا تقتصر أو ترتبط ببقعة جغرافية واحدة أو جماعة عرقية محددة أو بلد دون آخر ، إلا أن من المعروف بأن أعلى مستويات السمنة تنتشر في مثل دول الشرق الأوسط ، وأمريكا اللاتينية . وتعتبر قليلة الحدوث مثلاً في آسيا على الرغم من أن هناك مؤشرات تدل على زيادة في معدلات حدوثها . (Popkin and Doak, 1998) وتنتشر أيضا السمنة بشكل واضح وترتبط كما سبقت الإشارة بالدول التي تمر بعملية تغير اجتماعي سريع وتحضر . ولعل من أكثر الدول تعرضاً للإصابة بهذا المرض والتي خضعت لدراسات متعددة هو مجتمع الساموا في الولايات المتحدة (انظر : Crews, 1989) .

ويعتبر الغذاء أحد أبرز العوامل المؤدية إلى زيادة حجم الجسم أو السمنة التي ترتبط أيضاً بشكل مباشر بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي للفرد أو للمجتمع . ولعل هناك معدلات عالية مسجلة لدرجات السمنة في المجتمعات المتحضرة والمجتمعات الغنية . ولقد بين العيسى (Al - Isa (1995 أن الكويت على سبيل المثال ، تعتبر من المجتمعات الغنية والتي تأثرت بعوامل التحديث ، فأصبح هناك معدلات عالية مسجلة لدرجات السمنة بين أفراد هذا المجتمع . فهي مشكلة مهمة يعاني منها أفراد المجتمع الكويتي . ولعل أكثر من يتعرض لهذه المشكلة من الجنسين هم فئة النساء . فهن يعتبرن الأكثر تأثراً بالسمنة كما ذكر العيسى في دراسته الخاصة بانتشار السمنة في المجتمع الكويتي . فلقد أشارت دراسة العيسى إلى أن ٢ , ٧٠ ٪ من البالغين من أفراد العينة يعانون من سمنة درجة أولى ، وهي في النساء٩ , ٧٢ ٪ وفي الرجال ٥ , ٦٧ ٪ . إضافة إلى أن السمنة تزداد مع زيادة العمر ، وتعتبر هذه

النسبة عالية جداً بلا شك . لقد تم في الكويت مسحان في سنتين مختلفتين لتحديد مدى انتشار السمنة في هذا المجتمع . ففي المسح المحلي سنة ١٩٨٥ بينت نتائج هذا المسح بأنه تقريباً ٣١٪ من الذكور الذين يقعون في الفترات العمرية من ٢٠ - ٥٩ سنة هم من الذين يعانون من السمنة . بالنسبة للفئة العمرية نفسها للإناث أي : بين ٢٠ - ٥٩ سنة فإن نسبة ٦٢٪ منهن يعانين من مرض السمنة . أما المسح الصحي الدولي في سنة ١٩٨١ (أي : قبل أربع سنوات من المسح المحلي) فقد وضحت النتائج بأن ٢٥٪ من الرجال بين الأعمار ١٦ - ٦٠ يعانون من مرض السمنة ، بينما ٤٨٪ من الإناث بالفترة العمرية نفسها يعانين من السمنة .

فهناك فروق ملحوظة بين الجنسين من جهة في التعرض للسمنة ، وهناك أيضاً فروق وزيادة في النسبة في السنوات الأربع الفاصلة بين المسحين في التعرض للسمنة في المجتمع الكويتي . وهذا بطبيعة الحال يعتبر مؤشراً خطيراً على انتشار هذا النوع من الأمراض ، والذي قد يؤدي إلى الإصابة بأمراض أكبر وأخطر .

ولهذا السبب ، فإن أمراضاً مثل مرض ارتفاع ضغط الدم ، مرض السكري ، وأمراض القلب تعتبر شائعة ومنتشرة في المجتمع الكويتي أو في هذه المجتمعات التي تعاني من التعرض لعوامل التحديث والتغير الاجتماعي والثقافي فالجسم الإنساني في هذه المجتمعات عرضه للتغير والتبدل نتيجة للوضع الاقتصادي الجديد . وأبرز الأمثلة على التغير الذي حصل في مورفورلوجية الجسم وعلاقتها بالعامل الاقتصادي والاجتماعي ، قام بندون وبيكر (Bindon and Baker,1985) بدراسة واختبار هذه العلاقة فوجدا أن المهارة الوظيفية ترتبط بشكل كبير مع درجات السمنة في كلا الجنسين ، وهذا يعني أن الأعمال التي تتطلب مهارة وحركة هي تلك التي

لها ارتباط مباشر بتقليل الوزن ، أما تلك الأعمال التي لا تتطلب الحركة ، كالعمل المكتبي فهذه تسهم بشكل كبير في زيادة الوزن والمعاناة من السمنة . ولقد توصل الباحثان إلى حقيقة أخرى مفادها أن ارتفاع المستوى التعليمي للأفراد في المجتمع يرتبط عكسياً مع الزيادة في الوزن . وبعبارة أخرى : تقل السمنة في الاوساط ذات المستوى التعليمي العالي . وهذا بلا شك قد يرجع إلى عامل الوعي لدى الفئة الأكثر تعلماً ووعياً بمخاطر السمنة والأمراض التي من الممكن أن تسببها ؛ إذ ينشأ الوعي مع درجة التعليم وارتفاع مستوى التعليمي الشخص .

لقد أتى هازودا (Hazuda, 1988) بمفهوم مهم حول الزيادة في الوزن وعلاقته بالوضع الاقتصادي الاجتماعي للفرد . فيرى أن المجتمع الذي تعرض إلى عمليات التحديث نتيجة للثروة المادية التي جعلته يتعرض لهذه العوامل يتجه في الغالب لأن تسود فيه السمنة بشكل كبير حتى يصل إلى نقطة معينة ومحددة . وبعد هذه النقطة التي يصل إليها المجتمع ، يبدأ بالاتجاه المعاكس ويبدأ المجتمع بانخفاض في معدلات السمنة لديه . ولقد وضح أن هناك بعض الدلائل من المجتمعات المختلفة قد أكدت صحة ما توصل إليه .

ولعل الافتراض بصحة ما يقوله هازودا مرده إلى قضية مهمة . فالمجتمع الغني أو المجتمع حديث النعمة قد تنقله هذه الحداثة من حالة اقتصادية متدنية إلى حالة اقتصادية لا يجد أفراده مشكلة في استهلاك المنتوجات الغذائية بجميع أشكالها وأنواعها مع كل تلك المغريات التي تروج لها الشركات الداعمة لها ، وقد يستهلك الفرد في هذا المجتمع كميات كبيرة من الطعام وبأنواعه تحتوي على مواد تساعد على زيادة معدلات السمنة ، كزيادة نسبة الدهون فيها . وفي ظل الوضع العالمي الجديد

والانفتاح على السوق العالمية الذي يحاول تسويق مواده ومنتجاته الغذائية المغرية وتقديمها بأشكال زاهية ومغرية للتناول ، بعد دخول هذه المنتجات الغذائية المغرية ، وسهله الإعداد وبسيطة التناول يكون هذا المجتمع قد استمد نمطاً ثقافياً معيناً في تناوله لوجباته الغذائية ومكوناتها وتركيباتها ، والتي قد تؤدي في النهاية ونتيجة لاحتوائها على مواد دهنية في الغالب ، ولكثرة تناولها ، إلى زيادة طبيعية في الحجم والتعرض للسمنة . ويتعرض المجتمع إلى الوصول إلى النقطة التي تحدث عنها هازودا بالوصول إلى أعلى مستويات السمنة في المجتمع . وأما العودة إلي الانخفاض في مستوى ومعدلات السمنة فقد يرجع الأمر إلى أن الثروة بشقها الإيجابي تسمح لأعضاء المجتمع بفرص أكبر للتعليم . والتعليم يرتبط بشكل مباشر بالوعي . والوعي الصحي أبرز ما يميز طبقة المثقفين والمتعلمين ، فينشأ هنالك نوع من أنواع الإحساس بالخطر إزاء هذا الوضع الصحي ، فيبدأ المجتمع بتدارك هذه القضية الصحية المهمة ويبدأ على أفراده بخفض معدلات السمنة لديهم .

إن صحة هذا الافتراض تحتاج إلى دراسات تؤكده ، هذه الدراسات يفترض أن تكون بعيدة المدى حتى يتم التحقق من ذلك . وإذا طبقنا هذا الافتراض على مجتمعنا المحلي في الكويت ، فنجد أن المجتمع الآن يعاني من مشكلة السمنة في كل قطاعاته البشرية ، ووصل إلى مرحلة خطرة وحساسة ، وقد تكون الزيادة في إعداد المثقفين والدارسين وارتفاع المستوى التعليمي في الوقت الراهن مبشراً في انخفاض هذا المستوى خاصة إذا ما أدركنا أن هناك كثيراً من الأشخاص بدأوا ببرامج غذائية ، وأصبح لديهم وعيٌ صحي لم يكن موجوداً أو ظاهراً على الساحة من قبل . ولا شك أن ما يتم ملاحظته من زيادة عيادات التغذية هو أبرز دليل على صحة ذلك .

فهناك إقبال متزايد ، كما توضحه الإحصائيات ، على إدارة التغذية في الكويت . فإذا أخذنا مقدار التردد على عيادات التغذية في الكويت على سبيل المثال لعام واحد فإننا نجد أن إجمالي عدد المترددين على العيادات المتعددة في مستشفيات الصباح والأميري ومبارك الكبير ، والفروانية والعدان والجهراء وإدارة التغذية قد وصل إلي (١٥٤٧) في شهر يناير ، وخلال ستة شهور وصل إلى (٢٦٦٠) مراجع وبالتحديد شهر يونيو من العام نفسة . وهناك أيضاً زيادة مطردة للمترددين الجدد . وبالنظر إلي معدل الزيادة للمراجعين الجدد فإننا نجد أن هناك (٤٢٩) مراجعة للعيادات في شهر يناير من الكويتين ، و (١٠٧) لغير الكويتيين ، بينما وصل عدد المراجعين إلي (٧٩٣) مراجعاً كويتياً ، (٣٨٤) غير كويتي في شهر يونيو . وهذا ما يعكسه الجدول الموضح .

جدول (٤) المراجعون لعيادات التغذية في المستشفيات الحكومية وإدارة التغذية لسنة ٢٠٠٠ .

لشهر	جديد						متردد						المجموع
	كويتي			غير كويتي			كويتي			غير كويتي			
	ذكر	أنثى	م	ذكر	أنثى	م	ذكر	أنثى	م	ذكر	أنثى	م	
يناير	١٠٩	٣١٨	٤٢٩	٢٨	٧٩	١٠٧	١٢٧	٧٣٩	٨٦١	٦٣	١٠٩	١٤٥	١٥٤٧
فبراير	١٢٢	٤٤٥	٥٦٧	٤٠	٨٩	١٢٩	١٩١	٩٤٠	١١٣١	٤٦	١٠٩	١٥٥	١٩٨٢
مارس	٩٦	٤٦٢	٥٥٩	٤٨	٧٧	١٢٥	٢١٣	٩١٣	١١٢٥	٢٧	١١٧	١٤٤	١٩٥٣
أبريل	١٩٤	٦٨٠	٨٧٤	٩٦	٢٢٣	٣١٩	١٦٣	٩٧٨	١١٤١	٤٩	١٥٣	٢٠٢	٢٥٣٦
مايو	١٧١	٦٠٧	٧٧٨	٦٤	٢٣٣	٢٩٧	٢٤٥	١٢٠٥	١٤٥٠	٥٨	١٨٢	٢٤٠	٢٧٦٥
يونيو	٢٢١	٥٧٢	٧٩٣	٥٦	٣٢٨	٣٨٤	٢٣٦	٧٣٨	١٢٧٤	٥٦	١٥٣	٢٠٩	٢٦٦٠

(المصدر : إدارة التغذية-وزارة الصحة)

فهناك إقبال متزايد على هذه العيادات ، وقد يرجع الفضل فيها إلى مقدار الوعي المتنامي والإحساس بخطر السمنة ، وما يمكن أن تسببه من مضار ومخاطر .إن ذلك بلا شك يحتاج أن تثبته الدراسات الميدانية لهذه المجتمعات وللمجتمع الكويتي على وجه التحديد .

السمنة والبيئة الاجتماعية :-

ومن منطلق آخر ، فإن تغير البيئة يرتبط مع معدلات السمنة ، ففي مجتمعات المنطقة ، هناك تغير في نمط في المعيشة من البيئة الفقيرة التي اعتمدت على قوتها وإنتاجها على البحر أو الزراعة أو الرعي إلى بيئة غنية نفطية أسهمت في الانفتاح والاتصال الثقافي على المجتمعات العالمية . والذي أدى في النهاية إلى استهلاك معدلات كبيرة من السعرات الحرارية الموجودة في الأطعمة العصرية ، فأصبح هناك معدلات كبيرة من الأفراد الذين يعانون من ارتفاع معدل الوزن ، والتي من الممكن قياسها بطرق عدة مثل الوزن مقارنة بالطول ، ومعدل سمك الجلد الخاص بالفرد ، والتي تشير إلى الدهون الموجودة . فهما معياران مهمان يمكن من خلالهما تحديد مقدار السمنة لدى الفرد .

إن عملية التغير في حجم الإنسان ارتبط أيضاً بتغير في السلوك الإنساني الذي اعتمد في مجتمعات الحداثة على الأعمال والنشاطات المكتبية أكثر من الأعمال اليدوية والحركية التي كانت تعتمد عليها المجتمعات في الحصول على إنتاجها (McGarvey et al, 1989) ، فالمحيط البيئي يعتبر مسألة مهمة في تحديد استهلاك السعرات الحرارية في الغذاء ، وكذلك الطاقة المبذولة للإنسان مما يؤثر بالنهاية على حجم الجسم ووزن الفرد .

إن عملية التغير في البيئة لا تحدث نتيجة لانتقال المجتمع من مجتمع تقليدي إلى مجتمع حديث ، أو من بيئة فقيرة إلى بيئة غنية في كل الأحوال فحسب ، إنما التغير في البيئة أيضاً من الممكن أن يحدث نتيجة لعوامل الهجرة والانتقال من بيئة إلى بيئة أخرى . إن هذا الانتقال بلا شك يؤثر على المهاجرين ويربطهم ببيئة مختلفة تشمل على سلوكيات معيشية مختلفة عن تلك التي اعتادوا عليها في موطنهم الأصلي . ففي دراسة أعدها حسون (Hassoun (1996 على سبيل المثال ، في المجتمع الأمريكي على العرب المهاجرين ، وجد أن المهاجرين العرب الذين انتقلوا وهاجروا إلى الولايات المتحدة قد تعرضوا لعوامل التغير الاجتماعي والثقافي والتغير للبيئة وظهر ذلك على سلوكهم . فهؤلاء المهاجرون تغلغوا وتداخلوا في المجتمع الأمريكي من خلال ما يسمى بالاندماج الثقافي Acculturation ، والذي اثر على كثير من السلوكيات الخاصة بهم . ولقد انعكس ذلك على الغذاء والسلوكيات المرتبطة به أيضاً . ولقد وجد حسون أن هناك علاقة طردية بين الوقت الذي قضاه المهاجر داخل المجتمع المضيف - أي : الولايات المتحدة - وبين زيادة الوزن .

فالمهاجرون في الغالب هم هؤلاء الأشخاص الذين يبحثون عن لقمة العيش نتيجة لبعض الأوضاع الاقتصادية السيئة وغير المناسبة في مجتمعاتهم الأصلية ؛ ولذلك فإن كثيراً منهم يهاجرون ويتركون بلدهم الأصلي إلى بلاد أكثر تقدماً أو بلاد تعرض فرصاً للعمل مناسبة لهم . إن ذلك بالضرورة سوف ينسحب على وضعهم الثقافي من خلال محاولتهم لتبني الوضع الجديد وما يتوافق معه من معطيات مناسبة . ولعل التغذية من أبرز تلك الأمور التي تفرض عليهم وتفرض

اندماجهم في الأطعمة الخاصة بالمجتمع المضيف . ومن ثمّ فإن النتيجة قد تكون متوقعة من حيث تشابه الأفراد المهاجرين مع الأفراد الأصليين في كثير من السمات الثقافية نتيجة للاندماج الثقافي ، والذي ينعكس كذلك بدوره على الشكل المورفولوجي وزيادة الوزن بالنسبة لهم . فإن عملية التغير البيئي لا تقتصر على عملية التغير الخاص في المجتمع نفسه من بيئة إلى بيئة أخرى ، إنما تمتد وتشمل عملية التغير نتيجة للاتصال والاحتكاك الثقافي وما يسمى بالاتصال الاجتماعي المباشر بين المجتمعات ، وهذا بالطبع يفرض هيمنة وضع اقتصادي قوي على وضع اقتصادي أقل قوة ، ومن ثم ينعكس على بقية العناصر الثقافية والمكونات الخاصة بالمجتمع وأفراده .

ولقد أكدت دراسات أخرى متعددة (Shapiro, 1939; Prior et al, 1974) اتجاهاً مختلفاً عن ذلك ، فزيادة متوسط حجم الجسم والوزن بالنسبة للمهاجرين من المجتمعات التقليدية إلى المجتمعات الصناعية والمتقدمة . فعلى النقيض من ذلك ، قد تلعب عملية الاندماج الثقافي دوراً في تقليل نسبة الإصابة بالسمنة . فلقد وضح هازودا وزملاؤه (Hazude et al., 1988) في دراستهم على الأمريكان المكسيكيين (الذين يعيشون في المكسيك) أن زيادة درجة الاندماج الثقافي ارتبطت مع التقليل من نسبة الإصابة بالسمنة ومرض السكري ، وهي بالطبع نتيجة قد تختلف شيئاً ما عن بعض من الدراسات المتعلقة بأثير الاندماج الثقافي على الصحة . أحد أبرز الأسباب لهذا الاختلاف قد يكمن في الحقيقة التي مفادها أن تأثير عملية الاندماج الثقافي والنتائج الصحية المترتبة عليها هي بطبيعة الحال مرتبطة بمقدار التردد وتكرار حدوث الأمراض في البلد المضيف نفسه الذي قدم إليه المهاجرون . فبمقدار ما

يحمله المجتمع المضيف من ارتفاع أو انخفاض معدلات الإصابة بمرض السمنة أو السكري ، يكون ما يتعرض له الشخص المهاجر ؛ إذ يتأثر بالثقافة المضيفة بما تحمله من معطيات .

فعوامل التحديث والتغير الاجتماعي والثقافي والاندماج الثقافي ، من حيث كونها إحدى عمليات التغير ، تلعب دوراً بارزاً في الهيئة الفيزيقية للإنسان . فهي تلعب دوراً كبيراً وتأثيراً على وزنه وحجم بنيته . ولكن يجب أن نلتفت إلى نقطة مهمة ومحورية في هذه القضية ، وهي أنه ليس من الضروري أن تكون العلاقة بين التحديث والسمنة علاقة خطية واحدة . أي : بعبارة أخرى ، لا يمكن أن نقول : إنه عندما يكون هناك مجتمعٌ أكثر تقدماً (والذي يعكسه ويظهره سلوك أفراده) فإن أفراده يكونون أكثر سمنة وبدانة (Bindon and Baker, 1985) فالمشكلة لا تقاس بهذه الطريقة . إنما نستطيع الربط بشكل عام مع المجتمعات التي تعرضت للتحديث والسمنة .

إن عوامل التحديث ، وطبيعة المجتمعات المتقدمة تفرض نوعية معينة من الأعمال والوظائف . فالأعمال والوظائف في المجتمعات التقليدية تحتاج إلى جهد وحركة وعمل كبير بعكس كثير من المجتمعات المتقدمة . وقد يكون ذلك أحد أبرز العوامل المباشرة في زيادة معدلات السمنة في المجتمعات المتقدمة ، فالحركة تعني فقدان سعرات حرارية ، وعدمها يعني بقاء هذه السعرات . ففي ظل الموازنة بين الحركة وتناول الأغذية ، قد ينتج نوع من الاعتدال في هيئة البدن . فمجتمعات تعتمد في معيشة أفرادها على الجمع والالتقاط ، والصيد ، وقطف الثمار وجني المزروعات حصاد المحاصيل ، وصيد السمك ، وكلها أعمال تحتاج إلى جهد عضلي

وحركي للحصول على الغذاء (Wirsing, 1985) فالطاقة المستهلكة من أجل الحصول على الغذاء في عملية الصيد وجمع الطعام تتطلب حركة ونشاطاً تفوق تلك التي يستفاد منها عند الحصول على الطعام وتناوله واكتساب سعراته الحرارية . إن هذا العمل يتطلب الجهد من كلا الزوجين على حد سواء . وهو يعتبر بلا شك تمريناً حركياً كافياً لإحراق الدهون الزائدة (Eaton, 1977) وفي المقابل ، من الممكن الملاحظة في كثير من الأعمال في المجتمعات المتحضرة ، والمجتمعات التي تمر بعمليات التحديث تتطلب جهداً أقل بكثير مما كانت عليه المجتمعات التقليدية . أغلب هذه الأعمال تسمى بالأعمال المكتبية والتي من شانها أن تقلل من فقدان سعرات حرارية كافية على مدار اليوم . فقلة الحركة تعتبر عاملاً أساسياً يربط السمنة والوظيفة .

ولتطبيق ذلك على مجتمعات الخليج العربي فإن الوضع الاقتصادي القائم في هذه المجتمعات - كما سبقت الإشارة - كان يقوم على أعمال ثلاثة أساسية : وهي صيد الأسماك والغوص على اللؤلؤ والأعمال بالبحر ، والزراعة في الواحات المتفرقة ، وأخيراً الرعي من حيث هو نظام اقتصادي أكثر شيوعاً في شبه الجزيرة العربية بشكل عام . فامتهان الحرف اليدوية الخاصة بأعمال البحر مثل صناعة السفن ، صناعة الشباك الخاصة بالصيد ، وغيرها من الأعمال المساندة مثل الحدادة ، النجارة ، سقي الماء ، جميع هذه الأعمال ارتبطت بجهد عضلي وحركي واضح حتى يتم في مقابله الحصول على القوت اليومي . فصائد السمك على سبيل المثال ، يحتاج إلى أن يحمل شبكته الخاصة على كتفه ، وأن يمشي خطوات بعيدة بالقرب من الساحل حتى يتمكن الحصول على قوته من عملية الاصطياد ، أو

يذهب بقاربه الذي يحتاج مجهوداً عضلياً حتى يمكن تحريكه والانتقال به من مكان إلى آخر . وفي المحصلة يأتي بإنتاج يسد به قوته وقوت أهله ، ويأخذ ما يزيد ويقوم ببيعه .

وفي المقابل ، المزارع في الواحات يحتاج إلى أن يقوم بحرث أرضه ، وتسويتها وتدعيمها ، وسقيها ، وفي بعض الأوقات تقليمها وتنظيفها ، وبالنهاية حصادها واستخراج ما أنتجه . والراعي كذلك ، يضطر لأن يغادر مع قطيعه وينتقل من مكان إلى آخر حتى يقوم بتغذية القطيع . ويضطر أحياناً كثيرة إلى أن يلحق بالعشب والماء أينما وجد . إن كل ذلك - بلا شك - يتطلب منه جهداً عضلياً وحركياً كفيلاً بأن يفقد الإنسان المنتمي لهذه البيئات الثلاث سعرات حرارية بشكل يحافظ منه على وزنه المعتدل ، مبتعداً بذلك عن مشكلة السمنة والبدانة . فهناك حركة كثيرة ويقابلها غذاءً قد يكون غير كاف ومشبع في كثير من الأوقات مما يجعل السمنة ظاهرة مرضية نادرة الحدوث في تلك المجتمعات .

إن تحول المجتمعات التي كانت تعتمد على الفلاحة اليدوية إلى مجتمعات تعتمد على استخدام التكنولوجيا ، قد أثر بشكل كبير على فقد السعرات الحرارية . فالفلاح على سبيل المثال ، الذي كان يقوم بعملية الفلاحة وحرث الأرض يستهلك ما يقارب من ٤٠٠ سعرة حرارية يفتقدها في أثناء هذا العمل والذي انخفض إلى ما يقارب ١٣٠ سعرة حرارية عند استخدامه للتراكتور (الجرار) . والمرأة التي كانت تقوم بغسل الملابس باليد كانت تستهلك ما يقارب ٢٥٠ سعرة حرارية في هذه العملية أصبحت الآن وبعد توافر الغسالة الكهربائية لا تخسر سوى سعرات حرارية محددة (جلال الخللاتي ، ٢٣٦) .

وعلى العكس من ذلك ، في المجتمعات الخليجية الحالية ، فإن أغلبية الأعمال التي يمارسها أبناء هذه الثقافات هي من الأعمال المكتبية ، والتي لا تتطلب جهداً عضلياً وحركياً في أدائها . وبالمقابل ، فهناك مردود مادي كبيرٌ لتلك الأعمال مما يمكن الفرد من استهلاك كمية من الطعام بشكل أكبر دون عناء . فعملية الحصول على الطعام أيضاً لم تعد مشكلة . فنتجت بذلك قلة للأعمال اليدوية والتي ارتبطت أساسا بمفهوم قيمي متدن يمنع الكثير من أفراد هذا المجتمع من الانخراط في هذه الأعمال . وهذا ما تعكسه الإحصائيات الخاصة في الأعمال الخدماتيه والمكتبية في الكويت على سبيل المثال ، إذ يقدر المشتغلون في قطاع الخدمات بـ ٨٠٪ تقريباً من إجمالي المواطنين العاملين في مؤسسات الدولة . هذا الرقم يعكس لنا مقدار قلة الجانب الحركي في الأعمال التي يقوم بها ويؤديها أفراد المجتمع الكويتي نتيجة لعوامل التغير الاجتماعي والثقافي .

ولقد أشارت دراسة محلية إلى أهمية الجانب الحركي والتمارين الرياضية وارتباطها ببعض الأعراض الصحية . فلقد وضح المحيلان وآخرون Al-Muhailan et al. (1989) إلى ارتباط عامل الحركة والتمارين الرياضية ببعض من مسببات الإصابة بأمراض القلب . فلقد وضحت الدراسة العلاقة العكسية بين بعض المتغيرات والجانب الحركي أو التمارين الرياضية . فلقد أشارت الدراسة إلى العلاقة العكسية بين التمارين الرياضية وبين العمر ، ومعدل الكلسترول ، والكلسترول HDL ، والحمض البولي uric acid ، والوزن ، وبناء الجسم ، كثافة الجسم ، ومعدل استراحة ضربات القلب ، وضغط الدم ، والتدخين .

فالعامل الحركي عنصر مهم جدا في الصحة العامة للإنسان ، ويعتبر

ارتفـاع مـستـوى الكلسـترول في الدم من أكثـر العـوامل المؤدية للإصـابة بأمـراض القلب والشرايين ، والتي تـعتبر قلة الحـركة من أبرز مسبباتها . وتعتبر مشكلة ارتفاع مستوى الكلسترول في الدم من المشكلات الصحية التي ظهرت حديثاً في الكويت التي كان لها الأثر الواضح في صحة ولياقة الإنسان الكويتي ، والذي أدى إلى زيادة معدلات الوفاة نتيجة للتعرض لأمراض القلب والشرايين بين شريحة من تجاوز سن الأربعين من العمر (انظر : مصطفى جوهر حيات - الكلسترول والغذاء والرياضة) . فالتمارين الرياضية تعتبر عنصراً مهماً وفاعلاً ضد أمراض متعددة . فهي تساعد إضافة إلى ذلك على النمو العقلي والجسمي والاجتماعي بصورة متكاملة إضافة إلى وقاية الإنسان من الأمراض (أنظر على سبيل المثال : حلاوة عبد الهادي ، 1994 ، فاطمة جابر ، 1998 ، الحمامي محمد ، 1993 ، جواد عسكر ، 1990) .

ثمة أمرٌ آخراً من الممكن أن يلعب دوراً في التقليل من الجانب الحركي لدى أفراد المجتمعات الخليجية والذي يرتبط بحالة الطقس وتوافر وسائل النقل الحديثة المزودة بالتكييف والتي من شأنها أن تثني الأفراد عن الانتقال بالمشي من مكان لآخر أو القيام بمجهود عضلي وحركي (Al-Isa,1995) .

فعمليات التغير الاجتماعي والثقافي أحدثت تأثيرات مباشرة على صحة الإنسان . وقد أوضحت عالية نظيف الشناوي (1986) ذلك بضرب أمثلة توضح تأثير عمليات التغير الاجتماعي والثقافي على السمنة . حيث عرضت كيفية تأثير مراحل الحياة الإنسانية بالتغيرات التي أصابت المجتمع وعلاقة ذلك بالسمنة . فقد أشارت إلى أن كثيراً من الأمهات في الفترة الأخيرة لجأن إلى الرضاعة الصناعية بدلاً

من الرضاعة الطبيعية وهو ما أثر بشكل سلبي على حجم جسم الرضيع ، حيث إن كمية الحليب المتدفقة في الرضاعة الصناعية تكون أكبر من حليب ثدي الأم ، إضافة إلى جهل الأمهات بالطريقة الصحيحة لتحضير الرضاعة قد أسهما بشكل كبير في إحداث السمنة . إضافة إلى ذلك ، وفيما يتعلق بمرحلة الزواج ، تحرص الزوجة على إعداد الوجبات الدسمة للزوج ، وذلك من منطلق توفير قدر كبير من الاستقرار للحياة الزوجية ، فأصبحت هذه الوجبات تقدم بشكل كبير وغير صحي مما يؤدي إلى زيارة في الوزن الخاص بالجسم الإنساني . إضافة إلى ذلك فقد يكون انتشار الوجبات السريعة بشكل كبير في مجتمعاتنا المحلية أحد العوامل المؤدية إلى السمنة (مصطفى جوهر حيات وعبد الهادي حلاوة ، 1994) . ويذهب البعض إلى إلقاء اللوم على وسائل الإعلام المتعددة . فالتلفزيون والإذاعة والصحف التي لها أكبر الأثر على سلوك الأسرة الغذائي وعاداتها ، وبالتحديد الفئات السنية الصغيرة والأطفال نظراً لتأثرهم البالغ بوسائل الدعاية والإعلام المتعلقة بالأغذية (عدنان سالم باجبر ، 1994) . ولقد حظيت أيضا الدراسة الخاصة بجهاز التلفاز وتأثيراته الصحية بكثير من الاهتمام في الدراسات الغربية . فقد ربطت كثير من الدراسات بين مشاهدة التلفاز مع قلة الحركة الجسمانية التي تؤثر في الصحة النفسية والفسيولوجية . فقد ربط سدني وزملاؤه Sidney et, al. (1998) بين قضاء وقت طويل أمام جهاز التلفاز ، وبين قلة الحركة ، والذي يعتبر عنصراً أساسيا في الإصابة بأمراض الشرايين والقلب بين البالغين الشباب ؛ بينما ربط أندرسون وزملاؤه (1998) بين مشاهدة التلفاز وبين زيادة معدلات السمنة عند الأطفال وذلك نتيجة

لقلة الحركة . فهي جميعها تأثيرات ثقافية حديثة قد لعبت دوراً مهماً في إحداث ظاهرة السمنة .

نستطيع أن نقول إن المجموعات السكانية التي تعيش في المجتمعات المتحضرة تتأثر بدرجة كبيرة بمشكلات صحية خطيرة ترتبط بطرق وسبل المعيشة ؛ فالأشخاص الذين ينتمون إلى هذه المجتمعات يختلفون عن أولئك الذين يعيشون في البيئات الطبيعية . فالسمنة في العالم المتحضر ارتبطت بأمراض جوهرية منتشرة مثل ارتفاع ضغط الدم ، (Baker, 1984) ، مرض السكري (Baker, 1984; Eaton, 1977; Hazuda, 1988) . فهناك رابط مهم بين التحديث الذي يؤدي إلى التغير في نمط المعيشة وبين السمنة وزيادتها ، وفي النهاية إلى زيادة وانتشار وارتفاع نسبة الإصابة بمرض السكري وضغط الدم وأمراض القلب . ولقد أكدت ايتن (Eaton (1977 الارتباط الكبير بين انتشار مرض السكري (Type II) على سبيل المثال وعوامل التغير ، فهو مرض ينشأ نتيجة لخلل في التكيف السيكولوجي ، والفسيولوجي الذي نتج من خلال عوامل التغير الاجتماعي الثقافي السريع .

ولا شك أن السمنة قد أثرت على الجنسين في المجتمعات المتحضرة ، ولها أضرارها المباشرة في التعرض لأمراض متعددة كما تم توضيحه . وهناك نقطة مهمة في هذا الجانب والتي تتمثل في نسبة الإصابة بالسمنة لدى الإناث . فمعدلات السمنة لدى الإناث يفوق معدلات السمنة لدى الرجال كما تم توضيح ذلك ، وهو يعكس بدوره نتائج قد تكون وخيمة على المدى البعيد بالنسبة للمجتمع المتحضر . فعلى المستوى البعيد ، أشارت بعض الدراسات الخاصة بالمرأة إلى إن الإناث اللاتي يعانين من السمنة في مراحل مراهقتهن هن أكثر من الإناث الأقل نحافة ، ولكن

أكثر عرضه للإصابة بالأمراض العصرية المزمنة من قريناتهن . ولعل من أبرز الأمراض التي من الممكن أن يتعرضن لها مرض السرطان ، وبالتحديد سرطان الثدي (La Velle,1994) ، وهذه تعتبر قضية مهمة ومبحثاً آخر من المباحث التي من الممكن أن تتركز عليها الدراسات في وطننا العربي وفي منطقة الخليج بالتحديد ، إن معرفة المعدلات العامة لأحجام وأوزان الأطفال والمراهقين قضية مهمة يجب الانتباه إليها والالتفات إلى إيجاد الحلول المناسبة لها من خلال الأبحاث ، فهو جانب مفقود في منطقتنا العربية يبحث عن إسهام بارز فيه . فالعادات الغذائية للأطفال قضية ثقافية بحتة ، وسعى الآباء في الغالب من منطلق حرصهم على أبنائهم لجعل التغذية (بشقيها السلبي والإيجابي) الهم الأكبر الذي يبحثون عنه بغض النظر عن العواقب التي من الممكن أن تنجم عن سوء التغذية أو الإفراط من الغذاء المتشبع بالدهون والحاوي على سعرات حرارية عالية فوائد غذائية متدنية . إنها بحق نقطة جديرة بالاهتمام والبحث .

الفصل الخامس

دور العوامل والمحددات الثقافية في حدوث الأمراض الوبائية وانتشارها

The Effect of Cultural Factors On The Occurrence and Incidence of Epidemiological Diseases

الفصل الخامس

دور العوامل والمحددات الثقافية في حدوث الأمراض الوبائية وانتشارها

The Effect of Cultural Factors On The Occurrence and Incidence of Epidemiological Diseases

الثقافة وعلم الأوبئة Culture and Epidemiology :

يتبادر إلى الذهن غالباً ، على المستوى المحلي ، أن علم الأوبئة هو ذلك العلم الذي يرتبط ويتعلق ببعض أنواع من الأمراض المحددة مثل الكوليرا ، التيفوئيد ، الدرن ، الطاعون ، وغيرها من هذه الأمراض التي دُرج على استخدامها على أنها أمراض أوبئة تصيب المجتمع في حالة من حالاته ، ويؤدي في بعض الأحيان إلى كوارث بشرية . ولكن هل هذا هو المقصود بعلم الأوبئة ؟ وإذا لم يكن هذا فما المقصود بهذا العلم؟ وما مجالات اهتمامه؟ . تعرف موسوعة علم الأوبئة A Dictionary of Epidemiology بأنه «هو ذلك العلم الذي يهتم بدراسة انتشار الحالات أو الأحداث المرتبطة بالمرض في مجتمعات معينة وتحديدها ، وكذلك يهتم بدراسة التطبيقات الخاصة للحد من المشكلات الصحية» (ص . ٤٢) فهو علم يهتم بدراسة الصحة العامة في المجتمعات الإنسانية المختلفة ، وينطلق من مفهوم شمولي لدراسة الأمراض المتعددة .

إنه علم يهتم بدراسة انتشار أشكال متعددة من الأمراض في المجتمعات السكانية المتعددة الموجودة في هذا العالم . ولعل محور اهتمامها هنا لا ينصب على الحالات المرضية الشخصية أو الحالات الفردية ، ولكن الاهتمام يدور ويخضع

لنطاق مجموعات من الأشخاص . ويركز على دراسة الأشخاص الأصحاء والمرضى في هذه المجتمعات ، وذلك بهدف الوصول إلى دراسة الصحة العامة في المجتمع المدروس (Helman, 1997) .

ويدمجه الباحثون في علم الأنثربولوجيا في شؤون واختصاصات الأنثروبولوجية الطبية . فالأنثربولوجيا الطبية تبحث وتهتم بعلم الأوبئة التي تحاول أن تتفحص وتختبر وتدرس أنماط وأشكال الأمراض في المجتمعات المتعددة (Scrupin, 1992) . ولعل سبب الدمج والارتباط الشديد يعود إلى نوعية التخصص والقضايا المبحوثة . فالأنثربولوجي يوفر البيانات الغذائية على سبيل المثال لمعرفة وتحديد ما إذا كان مرض القلب أو السرطان مرتبطاً بالغذاء العالي من الصوديم أو الدهون ، وأيضاً الطرق الشعبية المتعددة في المعالجة وكيفية تأثيرها على الرعاية الصحية بشكل عام .

عندما يتم التحقيق واكتشاف مرض معين في مجتمع ما ، ولنقل مرض سرطان الرئة على سبيل المثال ، فالمتخصص أو الباحث في علم الأوبئة يحاول أن يربط حدوث مثل هذا المرض وانتشاره بعدة عوامل مختلفة ترتبط مع أغلب المصابين بهذا المرض . فيحاول المتخصص أن يربط تلك الإصابة بالتدخين كعادة أو أي سلوك إنساني في هذا المجتمع على سبيل المثال ، وذلك بهدف الوصول إلى أحد مسبباته المرضية . يحاول الباحث والمختص في علم الأوبئة أن يحدد عوامل متعددة تلعب دوراً في الإصابة بمرض ما . ولعل من أبرز العوامل وأكثرها شيوعاً تلك التي يبحث فيها المختص على أنها من الممكن أن ترتبط بالمرض هي العمر ، الجنس ، الحالة الزواجية ، الوظيفة ، الوضع الاجتماعي والاقتصادي ، التغذية والغذاء ، البيئة سواء

أكانت بيئة طبيعية أو بيئة صناعية من عمل الإنسان ، وكذلك السلوك الخاص بالمصابين ، ويكمن هدف المختصين هنا في محاولة الكشف عن الارتباط السببي بين أحد العوامل أو أكثرها أهمية وتطور حدوث مثل هذه الإصابات في المجتمع الإنساني المدروس (Helman, 1997) .

إن أغلب الدراسات المسحية أو الاستطلاعية التي يقوم بها المختصون في علوم الأوبئة يستخدمون أحد الاتجاهين التاليين :-

١- حالة ضابطة واحدة Case Control Method : والتي تحاول الكشف عن طريق اختيار عينة من المجتمع المدروس الذي يعاني من مرض معين ، وذلك من خلال عرض لعوامل متعددة تدور حول إمكانية ارتباطها ارتباطاً إحصائياً بظاهرة أو حالة مرضية . أي : ارتباط أيّ عنصر بهذه الحالة المرضية ووجودها ، كأن نجد هناك علاقة ذات دلاله إحصائية بين التدخين وسرطان الرئة على سبيل المثال . وفي هذه الحالة ، في ظل الوصول إلى هذه العلاقة من خلال الدراسات ،فإنه من الممكن ان نتوصل إلى صحة الافتراض الذي قامت عليه هذه الدراسات .

٢- الاتجاه الثنائي Cohort Approach :- وهو منهج يستخدم في المجتمعات أو في المجموعة السكانية التي تتميز بخلوها من المرض المراد دراسته ، ومن ثم يتم افتراض بعض العوامل التي من الممكن ان تلعب دوراً أو ترتبط حدوث مثل هذا المرض مثل التدخين على سبيل المثال .ويتم تتبع ذلك العامل أو العوامل عبر الوقت وتتم متابعته بانتظار حدوث أي من الأمراض المحددة . فإذا وجد بأن هناك علاقة بين عامل خطر محدد ارتبط وتطور أكثر بصورة متتالية ، بعدها يمكن القول بأن هناك احتمالية لصدق الارتباط بين العامل الخطر أو المهدد مع المرض المدروس نفسه (Helman, 1997) .

فالاتجاه الأول يفترض نوعية معينة من الأمراض الموجودة ويربطها ببعض العوامل الاجتماعية والثقافية المتعددة التي يمكن أن ترتبط مع حدوث مرض موجود في مجتمع ما . أما الاتجاه الآخر فهو عبارة عن عملية مراقبة ومتابعة لحدوث أمراض معينة من خلال تتبع العوامل الخطرة التي يمكن أن تؤدي لهذا النوع من المرض . والملاحظ من استخدام هذين الاتجاهين في دراسة الأمراض أن العوامل التي يمكن أن تلعب دوراً في حدوث هذه الأمراض هي في الأساس مسببات ثقافية اجتماعية . ومن هنا تكمن أهمية دراسة علم الأوبئة وخصوصيتها ؛ حيث إن المرض بشكل عام لا يجب معالجته عن طريق الاتجاه الطبي لوحده فحسب ، إنما تدخل فيه المحددات الثقافية على أنه اتجاه مهم في تحديده وانتشاره وحدوثه .

ويجب الانتباه إلى مسألة في غاية الأهمية ترتبط بطبيعة هذه الدراسات الوبائية ، وهي تلك التي تتعلق بمسألة الدقة ، ففي كثير من الدراسات الخاصة بعلم الأوبئة يكون الارتباط السببي بين حدوث المرض المحدد وبعض من العوامل التي يمكن ان تلعب دوراً في حدوث هذا المرض هو في الأساس غير دقيق عموماً ، إلا إذا تحقق حدوث عدة من الدلائل الأخرى التي تؤكد صدق مثل هذه العلاقات والارتباطات . فالطبيعة الخاصة بالدقة لهذه العوامل لا يمكن أن تفسر ، ويجب أن تبقى افتراضاً حتى يتم التحقق منها ومن صحتها بواسطة أدله وبراهين جديدة من خلال دراسات أخرى تبحث في العلاقة نفسها . وفي حالات أخرى ، مثل تلك التي تتعلق بالإصابة بسرطان الرئة على سبيل المثال ، وارتباطه بالتدخين على أنه أحد العوامل الخطرة التي تساعد على انتشار مثل هذا النوع من السرطان أو المرض ، فإن القضية هنا مختلفة . فهناك وضوح وأدلة مؤكدة لوجود مثل هذا الارتباط بين

العنصرين ، التدخين ، وسرطان الرئة . فقد أكدتها دراسات متعددة ، ويمكن اختبارها أيضاً من المنظور أو المعالجة الفسيولوجية (Helman, 1997) . وكذلك الحال بالنسبة لكثير من الأمراض الأخرى المنتشرة في كثير من المجموعات السكانية مثل تلك المرتبطة بالتشوهات الخلقية الخاصة بالولادة والإعاقة العقلية أو السمعية أو البصرية ، والتي ترتبط بحوادث اجتماعية ترتبط بزواج الأقارب مثلاً أو الزواج الداخلي وغير ذلك من الأدلة والأمثلة .

فعملية التعميم لوجود وارتباط بين عاملين معينين في الدراسات الأيدلوجية يحتاج إلى وفرة من الدراسات المتعددة والمختلفة في المجال نفسه لاختيار علاقة عامل معين مع مرض محدد . فمن الممكن استعراض أي من الدراسات الحديثة ، والتي تناولت القضايا أو العوامل المحددة في الإصابة بمرض معين . ولننقل على سبيل المثال ، تلك الدراسة التي ظهرت نتائج خاصة بارتباط حدوث ارتفاع ضغط الدم وبين العيش في أسرة ممتدة في المجتمع الكويتي الحديث . فلقد كان من نتائج الدراسة التي قام بها الكندري (2002) بوجود مثل هذا النوع من الارتباط ، أي : وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين ارتفاع ضغط الدم وبين العيش في الأسرة الممتدة في المجتمع الكويتي . إن حقيقة هذه المعلومات وحقيقة هذه العلاقة لا يمكن أن تكون مؤكدة إلا إذا كانت هناك أدلة أخرى تساعد على تأكيد مثل هذه العلاقة والتحقق من هذه المعلومات _ وخاصة إذا أدركنا أموراً مهمة وقضايا أساسية يمكن أن ترتبط بهذه العلاقات مثل أمور خاصة بالعينة المستخدمة مثلاً ، وبوجود بعض العوامل الأخرى التي قد ترتبط بارتفاع ضغط الدم غير المعيشة في أسرة ممتدة . فهناك عوامل أخرى تساعد على وجود ارتفاع ضغط الدم في المجموعة السكانية قد

تلعب دوراً مهماً ولم تستطع الدراسة لأي سبب من الأسباب من ضبطها . فالقضية هنا تحتاج إلى كثير من الجهد والمعلومات والحقائق حتى يتم التمكن من تأكيد الحقيقة ، وإعطاء علاقة مباشرة ذات تأثير سببي لحدوث المرض وعلى هذا الأساس يمكن إطلاق ذلك على أنواع أخرى من الأمراض . فهناك عوامل أخرى غير ثقافية من الممكن أن تلعب دوراً في هذه المسألة .

فعلى مستوى الشخص نفسه ، فإن عوامل الخطر التي تهدد الصحة ما هي إلا قيمة محدودة لتوقع في حدوث المرض . فعلى سبيل المثال ، ليس كل الذين يدخنون بشراهة أو بدرجة شديدة سوف يصابون بمرض سرطان الرئة ، وليس كل المهاجرين أيضاً سوف يعانون من بوادر اكتئاب . إن عملية فهم سبب إصابة شخص معين بمرض محدد وفي وقت محدد ، مسألة متسعة جداً وتضم عوامل متعددة ومتنوعة قد تلعب دوراً في حدوث هذا المرض . فهناك عوامل جينية فسيولوجية ، فيزيقية ، نفسية ، إضافة إلى العوامل الاجتماعية الثقافية ، والتي يجب أن تؤخذ جميعها بعين الاعتبار . وكذلك الحال يتعلق الأمر بدرجة تفاعل وعلاقة هذه العوامل مجتمعة . فهي مسألة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار أيضاً . هذه العوامل المتعددة في التفسير الخاص بالمرض هي الأفضل والأنسب للتعرف على سبب ظاهرة المرض ، وهي أنسب من افتراض صحة سبب بسيط يؤثر على العلاقة بين أحد العوامل الخطرة أو المهددة وأحد الأمراض المتعددة . فهناك سلسلة متعددة من الأحداث تتفاعل بشكل دائم مع بعضها البعض . ففكرة «السبب الأوحد» أصبحت غير ذات معنى ، ولا يؤخذ فيها خاصة بالدراسات الوبائية (Helman, 1997) .

لقد سعى علماء الأنثروبولوجيا والاجتماع إلى إضفاء إسهامات مهمة وكبيرة ، وذلك لفهم كيفية ربط هذه العوامل المعقدة بالأمراض المختلفة . لقد أضافوا وفسروا كيف يمكن لعوامل مثل الطبقة الاجتماعية ، الوضع الاقتصادي ، الجنس ، أحداث الحياة اليومية ، والممارسات والمعتقدات الثقافية أن ترتبط مع حدوث بعض من الأمراض وانتشارها في المجتمع . ففي المجتمعات غير المتحضرة على سبيل المثال هناك علاقة واضحة بين الصحة من جهة والدخل الخاص بالأسرة من جهه أخرى . ففي كثير من هذه المجتمعات يعاني معظم السكان من الغذاء السيئ ، والذي على أثره يتعرضون إلى بعض الأمراض المعدية . هذه الأمراض تُنقل لهم في الغالب من خلال عدة أمور مثل الماء الملوث ، نقص تدابير حفظ السلامة والصحة العامة في المنزل ، والتي ترتبط جميعها بنقص المدخول الشهري للأسرة . فكل العوامل الاقتصادية والاجتماعية إضافة إلى وضع المنظمات السياسية في هذه المجتمعات يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار قبل تحديد أي من العوامل الثقافية الأخرى المحددة لحدوث الأمراض (Helman, 1997) فهي عوامل مهمة يجب أن تؤخذ بشكل متكامل في تحديد حدوث المرض وانتشاره في المجتمع المدروس ، والذي لا يمكن رده لعامل واحد فقط . فالاعتماد على العامل الأوحد في تفسير الظواهر بشكل عام يعد مسألة غير منهجية .

إن الذي يميز علماء الأنثروبولوجيا عن علماء الأوبئة هو أن العلماء أو المختصين في شؤون علم الأوبئة غالباً ما ينظرون إلى المسببات والعوامل التي تحدث المرض . فهناك مسببات خطرة هي التي تحدث نوعاً من الأمراض كالمسببات الأساسية مثل التدخين وعلاقته بسرطان الرئة ، والغذاء وارتباطه بأمراض القلب أو السكر ،

والسمنة وارتباطها بمرض ارتفاع ضغط الدم والسكر وأمراض القلب وغيرها من هذه العوامل المباشرة بينما يذهب علماء الأنثروبولوجيا إلى التركيز أكثر على العوامل الثقافية التي شكلت وجود هذه المسببات للأمراض . فاهتمام كبير يوجهه علماء الأنثروبولوجيا إلى التأثيرات الثقافية التي شكلت وكونت الأنماط الخاصة بالتغذية للمجتمع المدروس ، والتأثيرات الثقافية الخاصة بانتشار حالات السمنة ، والتأثيرات الثقافية أيضاً التي تسبب انتشار عادة التدخين بين أفراد المجتمع قيد الدراسة . يجب الأخذ بعين الاعتبار أن العوامل الثقافية كما أنها تلعب دوراً مهماً في حدوث وانتشار أمراض معينة ومحددة ، فهي بالمقابل بالإمكان أن تلعب دوراً عكسياً ضد حدوث وانتشار الأمراض في بعض الأحيان . فهي من الممكن أن تلعب دور الحماية من حدوث أمراض معينة ففي دراسة أعدها مارموت وآخرون (Marmot et al, 1976) بخصوص معدلات حدوث الإصابة بأمراض شرايين القلب Coronary Heart Disease (C H D) لدى اليابانيين الرجال من سكان اليابان ، وهاواي ، وكاليفورنيا ، وجد الباحثون أن درجة حدوث وانتشار الإصابة بهذا المرض مرتبطة بما اذا كان يعيش هؤلاء في مدن تقليدية ، أو مدن حديثة . فمعدلات حدوث أمراض شرايين القلب منتشرة بشكل كبير جداً بين اليابانيين الأمريكان بينما هي منخفضة لدى اليابانيين الذين يعيشون في اليابان (Helman, 1997) .

إن ذلك يؤكد أن بعض العوامل الثقافية قد تلعب دوراً مهماً في الوقاية من بعض الأمراض فالمعيشة في مجتمع تقليدي وما يحمله هذا المجتمع من عادات وتقاليد وممارسات اجتماعية وثقافية مرتبطة بالبيئة الجغرافية المحيطة قد يقلل من نسبة

الإصابة ببعض أنواع الأمراض الوبائية المنتشرة في المجتمعات المعاصرة .والمثال السابق يؤكد أيضاً أهمية العامل البيئي والعامل الجيني في حدوث مثل هذا المرض . إن الهجرات والانتقال من بيئة جغرافية واجتماعية معينة إلى بيئة جغرافية اجتماعية أخرى قد يؤثر بدوره بشكل كبير على الأفراد والجماعات المهاجرة . فتلعب كثير من عوامل التغير الاجتماعي والثقافي دوراً في إحداث بعض من الأمراض المتعددة المرتبطة بنتائج هذا التغير .

العوامل الثقافية المؤثرة في حدوث الأمراض الوبائية :-

تحدثنا في السطور الماضية عن عوامل ثقافية تلعب دوراً في إحداث وانتشار الأمراض الوبائية المعقدة في المجتمعات المختلفة ؛ ولكن ما العوامل الثقافية التي من الممكن أن يكون لها تأثير في إحداث مثل هذه الأمراض ؟ وكيف تستطيع ان تحدث هذه العوامل الأمراض الوبائية في المجتمع ؟ للإجابة عن هذين التساؤلين يبرز لنا هلمن Helman(1997) مجموعة من العوامل الثقافية التي من الممكن أن يقوم باختبارها كل من الأنثروبولوجيين والمتخصصين في علم الأوبئة . ولعله من المفيد هنا أن نسرد هذه العوامل كما أوردها هلمن ، ومن الممكن أن نستخلص الدراسات المتعددة التي ناقشت مثل هذه العوامل إضافة إلى ذلك . فقد ذكر هلمن ما يقارب ٢٥ عاملاً نحاول دمج بعضها وإبراز ما جاء في ببعض العناوين الرئيسة التي تم الاستناد عليها إضافة إلى ذكر العديد من الأمثلة الثقافية التي تناولت هذه العوامل . فقد أورد هلمن عوامل متعددة ، وتتركز بعض هذه العوامل الثقافية- كما ذكرها- في الآتي :-

الوضع أو الحالة الاقتصادية :- يعتبر الوضع أو الحالة الاقتصادية للشخص أحد أبرز العوامل المهمة في تحديد وانتشار بعض الأمراض الوبائية . فالحالة الاقتصادية يقصد بها توزيع الثروة داخل المجتمع المدروس ، ومسألة الغنى والفقر ومستوى الدخل الذي يملكه الفرد وهل هذا الدخل يعتبر كافياً للمعيشة في سكن ، وكافياً للغذاء ، واللباس وغيرها من الأمور الأساسية التي تقي الإنسان شر بعض الأمراض . إضافة إلى ذلك ، فإن كثيراً من القيم الثقافية ترتبط مع الغنى ، والفقر والعمل ، والبطالة (Helman, 1997) .

وقد لخص محمد علي محمد (1991) أبرز الجوانب الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة في حدوث المرض ، والشروط الصحية الواجب توافرها للوقاية من انتشار الأمراض ، وأبرز السلع والخدمات الضرورية للصحة الجيدة التي يفترض أن تهتم بها الأسرة والتي تمثلت :

١- نوع وكمية الطعام الذي يحافظ على الصحة الجيدة .
٢- الملابس التي تكفي لإشباع الحاجة النفسية والذوقية .
٣- المأوى المناسب للحياة الأسرية .
٤- تكاليف الإضاءة والتهوية .
٥- التأمين الصحي والطبي المناسب .
٦- إشباع الحاجات الدينية والاجتماعية والتعليمية .
٧- مال احتياطي لمواجهة المصاريف غير المتوقعة .

إضافة إلى الجهل والأمية وما يرتبط مع ذلك من أسلوب وطريقة المعالجة والوقاية . ولقد أشار أيضاً إلى ارتباط الطبقة الاجتماعية للفرد وعلاقتها بقضايا

الصحة والمرض ، حيث وضح أن الطبقة الدنيا ينتشر بينها مرض الاضطراب العقلي وعلى وجه التحديد مرض انفصام الشخصية .

وقد أشار عدد من الدراسات إلى أن قلة الإنفاق على مواد الرعاية الصحية ، وسوء توزيعها ، وسيطرة المصالح الخاصة للشركات الطبية أو الأطباء تؤثر بشكل كبير على طبيعة الأولويات الطبية . ويحدث نتيجة لهذا القصور في الخدمات الأساسية قصور في الصرف الصحي مثلاً ، والمكان أو السكن المناسب ، والمياه النقية والذي يؤدي في نهاية المطاف إلى انتشار الأمراض المتعددة مثل أمراض الجهاز الهضمي والجهاز التنفسي وأمراض الجهاز الدموي (علي محمد مكاوى ، 1990) فقضايا هذه الخدمات الأساسية والتي ارتبطت بالوضع الاقتصادي في المجتمعات الإنسانية هي من أبرز مسببات هذه النوعية من الأمراض . فالوضع الاقتصادي للمجتمع يحدد بشكل مباشر هذه الخدمات وطبيعة عملها وإنجازها وأهليتها لتطوير ذمة الوضع الصحي المناسب .

ويرتبط أيضاً الوضع الاقتصادي بالحالة التعليمية . فالحالة التعليمية المنخفضة وما يتعلق بها من جهل ترتبط بانخفاض المستوى الصحي في المجتمع . «فالفرد الذي لا يعرف القراءة ولا الكتابة لا يستفيد من الإرشادات والمعلومات الصحية المنشورة في الصحف أو المجلات ، ويكون غير مبال أيضاً بحضور الاجتماعات والندوات الصحية وبرامج الإذاعة التي تتعلق بالصحة ، وكذلك الفرد غير المتعلم تكون فرصة إيمانه بالبدع والخرافات كبيرة» (بهاء الدين ، 1997 : 208) . فالوضع الاقتصادي للفرد والأسرة والمجتمع يرتبط ارتباطاً مباشراً مع الوضع الصحي . كما يرتبط أيضا بممارسات اجتماعية ثقافية معينة لها الأثر المباشر في تحديد نوعية وأشكال الأمراض

المنتشرة في أي مجتمع من المجتمعات . فالوضع الاقتصادي من الممكن مثلاً أن يرتبط ببعض من الأمراض المحدودة التي لها علاقة وثيقة أو سبب مباشر للوفاة . فقد أوضحت دراسة كابريرا وآخرون (Cabrera et. al., 2001) على سبيل المثال ارتباط الوضع الاقتصادي بالمشكلات الصحية . فهناك علاقة بين الوضع الاقتصادي المرتفع وبين انخفاض نسب الفعاليات ينتج عن ذلك الإصابة بمرض القلب عند النساء ، بينما ارتفاعه لدى نفس أفراد البحث تكون نتيجة أمراض أخرى مثل السرطان . وهذا بطبيعة الحال يشير إلى تأثير الوضع الاقتصادي العالي على إحداث نوعية محددة من الإصابة بأمراض . ويجب هنا التأكيد على قضية مهمه مفادها أن ذلك الوضع الاقتصادي المرتفع لا يجب تعميمه على جميع المجتمعات ، إنما يتفاوت ويختلف من مجتمع لآخر ، وذلك بحسب الظروف البيئية المحيطة . فهناك مجتمعات تعيش في وفرة اقتصادية ترتبط معها بعض المشكلات الصحية المحددة ، بينما هناك مجتمعات أخرى ذات وفرة اقتصادية أيضاً لكنها تعاني من مشكلات أخرى مختلفة .

وفي هذا الصدد عرض نصر خليل عمران (1987) مجموعة من المشكلات والأمثلة الاقتصادية التي من الممكن أن تعرض الفرد للكثير من الأعراض المرضية . فتتلخص أبرز هذه المشكلات الاقتصادية التي تواجه الكثير من ذوي الاقتصاديات المنخفضة في بعض المجتمعات بالآتي :-

١- المرض المفاجئ : وخصوصاً ذلك الذي يتعلق أو يحتاج إلى إجراء جراحة والذي على أثره من الممكن أن يحتاج الفرد إلى ميزانية قد ترهقه ، أو في حالة تلقي علاج معين لمدة طويلة تفوق قدرة الفرد المادية .

٢- المعيل الوحيد للأسرة : فقد يكون الشخص هو المعيل الأوحد في الأسرة . فعند دخوله إلى المستشفى لسبب من الأسباب مثلاً ، فإن ذلك قد يؤدي إلى طرده من العمل وهو ما ينعكس سلباً على أسرته وأبنائه ، ويشح مصدر قوتهم اليومي مما يؤدي إلى تدهور صحي أكبر . وقد يضطر أيضاً للخروج من المستشفى قبل انتهاء فترة العلاج فتزداد الحالة سوءاً .

٣- هناك من لا يرغب بالعلاج في المستشفيات العامة لأسباب متعددة كشيوع فكرة عدم الاهتمام أو قلة الثقة . وهناك أيضا من لا يستطيع أن يتحمل نفقات العلاج في المستشفيات الخاصة ، فيضطر أن يحتفظ بمرضه ، ومن الممكن أن يصل إلى درجة يستعصي من خلالها العلاج .

٤- عدم تنفيذ خطط العلاج : فمن الممكن أن يصعب على المرء أن ينفذ نظاماً خاصاً بالغذاء ، على سبيل المثال ، قد قام الطبيب بوضعه له . ومن الممكن أيضاً أن يصف الطبيب علاجاً يتعلق بالراحة من العمل ولا يرجع إليه إلا بعد فترة معينة ، ولكنه نتيجة لظروفه الاقتصادية يضطر لأن يزاول عمله الذي من الممكن أن يؤدي إلى انتكاسه . أو قد يطلب منه من التقليل من الجهد الخاص بالعمل ، ولكنه لا يلتزم بذلك نظراً لصعوبة المعيشة بدخل متواضع . إضافة إلى ذلك فقد يطلب الطبيب من المريض أن يغير طبيعة عمله أو أن يتركه فقد لا يستطيع عمل ذلك نتيجة لنقص أو عدم توافر فرص عمل أخرى مناسبة . كل تلك العوامل قد تؤدي إلى عدم استطاعة المريض تنفيذ خطط العلاجية الخاصة بالفرد وتزيد من سوء حالته ووضعه الصحي .

٥- تغير مكان الإقامة : قد يطلب الطبيب من المريض أن يغير مكان إقامته إذا كان

مصاباً بمرض معد ، ولكن ظروفه الاقتصادية تحول دون ذلك وهذا من الممكن أن يؤثر على وضع أفراد الأسرة بشكل عام فتنتقل لهم العدوى .

وقد ينسحب الأمر ليس على مستوى تأثير المستوى الاقتصادي على المرض الجسمي فقط ، إنما يتعداه ليشمل الجانب أو المرض النفسي . فكما سبقت الإشارة ، من الممكن أن يكون للطبقة الاجتماعية ارتباط بمرض انفصام الشخصية (محمد علي محمد ، 1991) ، وهناك جوانب نفسية أخرى «كأن يعيش الطفل مثلاً ظروف الحرمان والإهمال التي بها أسرته نتيجة وضعهم الاقتصادي المتردي ، ذلك أن الاتجاهات الاقتصادية تدخل ضمن القيم التي يتلقاها الطفل عن أسرته ، وهذه الاتجاهات تخضع للتأثيرات المرتبطة معاناة الفقر والتغير الاقتصادي فتجعلها تتجه نحو التحسن أو التدهور . أما كبار السن فهم يعانون في نشاطهم الاقتصادي من أجل الكسب والإنفاق وظروف التنافس مع الآخرين للمحافظة على مراكزهم الاقتصادية ؛ ولهذا اتجه المهتمون بالطب النفسي مدفوعين بهذه الأسباب نحو الكشف عن الكيفية التي تفاعلت بها الأنشطة الاقتصادية مع الحالة الانفعالية لدى الشخص الذي يلجأ إليهم طالباً معونتهم (محمد علي محمد وآخرون ، 1991 : ص 237) .

وفقا لذلك ، فإن الوضع أو الحالة الاقتصادية للفرد أو للمجتمع ترتبط بالمشكلات الصحية في الثقافة المدروسة . وهذا التأثير يأخذ أبعاداً جسمية وسيكولوجية تتأثر بهذا الوضع . فالإمكانات المادية تسهم في إيجاد سبل للعلاج لأمراض متعددة ، وغيابها يسهم في انتشار وحدوث كثير من الأمراض التي من الممكن تلافيها وتتلاشى في حالة وجود هذه الوفرة المادية . فالوضع الاقتصادي

للقطر أو الإقليم أو البلد قد يحدد بشكل مباشر أشكال المرض وأنواعه وطبيعته ، والذي يرتبط أيضا بمستوى الرعاية الصحية بشكل مباشر ، فهو يعتبر من أبرز أهم العوامل المؤثرة في حدوث كثير من الأمراض .

البناء الأسري :- وهذه ترتبط بالدور الذي تعيش فيه الأسرة سواء كانت ممتدة ، أو أسرة نواة ، أو أسرة متشابكة ، أو أسرة من أب أو أم واحدة ، وترتبط أيضاً بدرجة التفاعل بين أفراد الأسرة والتماسك بينهم والدعم الاجتماعي المتبادل والمسائل الصحية ترتبط أيضاً بمقدار الرعاية الخاصة التي يتلقاها الصغار داخل الأسرة ، أو تلك التي تعطى لكبار السن والهرمين في الأسرة وغيرها من الأمور (Helman, 1997) .

فقد أشارت دراسات متعددة إلى ارتباط الوضع الصحي مع شكل الأسرة على سبيل المثال ، سواء كانت ممتدة أو نواة وتأثير ذلك على معدلات ضغط الدم بالتحديد ؛ فالأسرة الممتدة في مجتمع السود الأمريكي African America على حد زعم دريسلر Dressler (1996) تعتبر أسرة واعية تخفف من حدة التأثيرات الاجتماعية والاقتصادية والأوضاع السياسية التي كان يعاني منها مجتمع السود في فترة الاضطهاد السياسي . تشكل الأسرة هنا ارتباطاً بما يسمى بالمؤسسة الداعمة . فالأسرة الممتدة تقدم دعماً اجتماعياً لأفرادها وشكل الأسرة يرتبط بهذا النوع من الدعم .

فالبناء الأسري في الأسر الممتدة يعتمد على شبكة علاقات اجتماعية متبادلة تحقق قدراً من الدعم والمساندة الاجتماعية لأبناء الأسرة . ولقد أكدت كثير من

الدراسات الخاصة بالأسرة وشبكة العلاقات الاجتماعية أن الدعم الذي يتلقاه الفرد من الأسرة يؤثر بشكل عام على صحة الفرد ومستوى ضغط الدم بالتحديد . فانعدام وجود الدعم الاجتماعي من الممكن أن يؤدي إلى حدوث ما أسماه والدرون وزملاؤه .Waldron et. al (1996) بالخلل أو التعطيل الثقافي Cultural Disruption ، ومن الممكن أن يرتبط في النهاية بمعدلات ضغط الدعم والتأثير عليه .

وفي دراسة حديثة قام بها المؤلف (2002) على الأسرة الكويتية وتشكل هذه الأسرة وارتباطها بمعدلات ضغط الدم ، وجد الباحث أن اتساع شبكة العلاقات الاجتماعية ترتبط بانخفاض معدلات ضغط الدم . وكذلك فحجم الأسرة ووجود الأخوة داخل منزل المعيشة قد يسهم في تلقي دعم اجتماعي ، وهو يرتبط أيضا بانحفاض معدلات ضغط الدم مع مراعاة بعض العوامل الخاصة بطبيعة الأسرة مثل المحافظة على الاستقلالية في المنزل .

إضافة إلى ذلك ، فقد تعددت الدراسات الخاصة التي تشير إلى ارتباط مفاهيم الصحة والمرض بالأسرة أحادية الأب أو الأسرة أحادية الأم .Single-parent family فلقد أشارت دراسة لسوفولا وآخرين .Sauvol et. al (2000) في فنلندا إلى أن الأسرة أحادية (وحيدة) الأب أو الأم ارتبطت ببعض من المشكلات الصحية . فالنساء في هذه الأسر عانين من مشكلات صحية أكثر من النساء اللاتي ينتمين إلى أسر ثنائية (مجتمعة) الأب والأم Two-parent family إضافة إلى ذلك ، حالات الإجهاض ، والإشكاليات الصحية في أثناء فترة الحمل ، ويعد الحمل أكثر الإشكاليات عند النساء اللاتي ينتمين إلى أسرة أحادية الأب أو الأم من النساء اللاتي تنتمين إلى أسرة ثنائية .

ولقد أشارت دراسة أخرى إلى أن الأم التي تعيش بمفردها أكثر تعرضاً للتعاسة ، والصحة السيئة ، والمعاناة من الضغوط والأسى في أقطار متعددة (Perez, Beadet, 1999; Burstrom et. al., 1991; Curtis et. al., 2001) . وحتى في الدراسات الخاصة بالوفيات ، فقد أشارت دراسة رنج باك ويتوفت زملاؤه Ringback Weitoft et. al. (2000) إلى أن الأمهات اللاتي يعشن وحدهن في المجتمع ترتفع لديهن نسبة الوفيات مقارنة بغيرهن . ولقد أشارت الدراسات الخاصة بالوضع الصحي للأطفال إلى أن انخفاض معدلات وفيات الأطفال الرضع يرتبط بالأوضاع والبناء الأسري المتمثل في المعيشة في أسرة أحادية (مجتمعة) الأب أو الأم (Hogan and Park, 2000) .

فالبناء الأسري يرتبط بشكل كبير ومباشر بالأوضاع الصحية الخاصة بالأسرة . إن عملية التفاعل نفسها ينتج من خلالها تأثيرات نفسية ، واجتماعية وفسيولوجية تؤثر بشكل مباشر على الوضع الصحي داخل نطاق الأسرة . فشكل الأسرة ونمطها وطبيعة العلاقات الاجتماعية السائدة ووسائل الرعاية الصحية والاجتماعية المتاحة تنعكس بمجموعها على الأوضاع الصحية الخاصة داخل المحيط الأسري . ولذلك ، لا يمكن بأي حال من الأحوال فصل البناء الأسري والتفاعلات التي تحدث بداخله عن الأوضاع الصحية للفرد داخل الأسرة ، والذي ينعكس بالضرورة على المجتمع . فسيادة نمط أو بناء أسري متشابه داخل المجتمع ، لا شك أنه سوف يعزز أنماطاً وقضايا صحية متشابهة ومنتشرة إلى حدٍ كبير .

الجنس والأدوار الاجتماعية :- وهذا العامل يتعلق بتقسيم العمل بين الرجل والمرأة ، وبالتحديد من يعمل؟ ومن يبقى في المنزل؟ ، ومن يعد الطعام؟ ، ومن

يقوم برعاية الأبناء؟ . وكذلك الحال بالنسبة للحقوق الاجتماعية والواجبات ، والتوقعات المفترضة من كلا الجنسين .إن ذلك قد يفرض سلوكاً ونشاطاً مختلفاً لدى الأفراد الأمر الذي يؤدي إلى التأثير على الصحة العامة لديهم . يضاف إلى ذلك المعتقدات الثقافية الخاصة بالسلوك المناسب لكل من الجنسين ، ومثال ذلك شرب الخمرة ، أو التدخين والتي تعتبر في كثير من المجتمعات سلوكاً مرتبطاً بالرجل أكثر من المرأة ، وكذلك الحال بالنسبة لعملية التطبيب الخاصة بدورة الحياة للأنثى التي تختلف عن الرجل (Helman, 1997) .

إن معدلات المرض عند المرأة بشكل عام أكثر من معدلات المرض عند الرجل (Maste Kaasa, 2000: p. 1827) . فبذلك نستطيع أن نربط الجنس أو النوع بحدوث بعض الأمراض التي يمكن أن تصيب النساء دون الرجال ، والعكس . فالتوقعات ، بشكل عام ، من المرأة تختلف عن التوقعات التي يمكن أن تصدر عن الرجل في ثقافة أي مجتمع من المجتمعات . ولذلك ، فإن عملية التعرض لهذا المرض أو ذالك سوف ترتبط بشكل مباشر بالتوقعات المسموح بها والمتداولة في ثقافة الرجل ، وثقافة المرأة على حد سواء داخل المجتمع نفسه . فالدور الغالب للمرأة في المجتمعات الإنسانية هو رعاية الأطفال والاعتناء بهم وتغذيتهم ، وقد ارتبط هذا فسيولويجيا بمقوماتها الأنثوية . فهذه الوظيفة هي عامة للمجموعات الإنسانية بشكل عام ، أما ما هو مخصص أو محدد أو مميز بين الثقافات فهو أنها تعمل أو لا تعمل إضافة إلى رعاية أبنائها ، وما طبيعة هذا العمل الذي تزاوله؟ وما العواقب السلوكية والاجتماعية التي تظهر من جراء هذا العمل؟ وما التأثيرات الصحية نتيجة لهذا العمل؟ فهذا الأمر هو الذي يختلف من ثقافة لأخرى ومن مجتمع لآخر ،

والذي على أثره يرتبط بمشكلات صحية مرتبطة بهذه المزاولة والممارسة .

فهناك من المجتمعات على سبيل المثال من يقدر ويحترم عمل المرأة ، ويقدم لها التسهيلات والرعاية الصحية الملائمة والمناسبة حاله عنايتها ورعايتها لأطفالها . وقدم لها التسهيلات لهذه الرعاية . فالمرأة العاملة والمنجبة تحظى برعاية خاصة حفظها القانون لها والذي ينعكس أثره على الوضع الصحي للطفل وللأم على حدٍّ سواء (Nohara and Kagawa, 2000) . وقد نجد القوانين في بعض الدول تختلف بدرجة أو بأخرى عن هذا المجتمع .

وبمقارنة المرأة العاملة والمرأة غير العاملة ، نجد أن هناك ارتباطاً ينعكس أثره على الوضع الصحي وذلك حسب طبيعة المجتمع نفسه . ففي دراسة مسحية لبعض العاملات في الولايات المتحدة ، أوضحت أن النساء اللاتي يعملن دواماً كاملاً في المؤسسات الحكومية يتعرضن إلى الإصابة بالاكتئاب إذا ما تمت مقارنتهن بالنساء غير العاملات اللاتي يقضين أوقاتهن في المنزل يؤدين أعمالهن المنزلية (Bird, 1999) .

ولا شك أن طرق التربية والأساليب التعليمية التي يتبعها الوالدان لها الأثر في إيجاد نوع من الفروق بين الذكور والإناث في المعاملة ، فينعكس ذلك على الصحة . فهناك بعض من الممارسات التي من الممكن أن تكون في صالح أحد الجنسين دون الآخر ، وذلك ، مثل عملية تفضيل الذكور على الإناث في بعض المجتمعات الشرقية ، ومدى انعكاسها على الوضع الصحي للأنثى . أو حتى طبيعة الذكر أو الأنثى التي تفرض بعضا من الممارسات التي تجعلها مرتبطة بقضايا صحية

معينة ، وذلك مثل ارتباط الذكور بالتدخين ، والصراع ، والشجار وغيرها من الأمور التي من الممكن أن تنعكس على الوضع الصحي للشخص . وفي دراسة قام بها بيرقمان وسكوت Bergman and Scott (2001) استخدما فيها مسحاً للأسر في المملكة المتحدة وضحا من خلالها وجود الاختلاف بين الذكور والإناث في معدلات التفاؤل ، والقلق ، والاعتماد على النفس ، وذلك نتيجة لارتباط ببعض السلوكيات الخاصة مثل الشجار والتدخين المنتشرة بشكل كبير عند الذكور أكثر من الإناث .

وكما سبقت الإشارة أيضاً ، فإن التدخين سلوك مرتبط بالرجال في كثير من المجتمعات ، والذي على أثره ارتبط بنوع منتشر من السرطان وهو سرطان الرئة ، والذي ينتشر بشكل كبير عند الرجال . ومع اطراد وازدياد حالات التدخين عند النساء ، نجد أن حالات الإصابة أيضاً قد زادت عند النساء بازدياد التدخين . ولقد وجد أيضاً مارانج فان دي مهين وزملاؤه Marag-Van de Mheen et. al. (2001) أن حالات الوفاة الناتجة عن الإصابة بأمراض الأوعية الدموية والتنفسية تكون عند النساء أكبر منها عند الرجال المدخنين للسجائر ، وهذا يعكس إشارة واضحة إلى أنه إذا تساوت معدلات التدخين بين المرأة والرجل فإن ذلك سوف ينعكس سلباً وبمعدلات أعلى عند المرأة عنها عند الرجل .

فالجنس يعتبر من أحد أبرز المتغيرات الاجتماعية التي تتناولها الدراسات المتعددة وتضعها على أنها أحد المتغيرات التابعة المرتبطة بحدوث بعض الأمراض المحددة ؛ ولذلك فإن الدور المطلوب محدد ، أو الذي يقوم به الذكر أو الأنثى يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالصحة والمرض ، والذي يختلف من ثقافة لأخرى ، ومن مجتمع

لآخر . إضافة إلى أن هناك بعض التوقعات الثقافية التي تصدر من أحد الجنسين ولا تصدر من الآخر ، أو تكون منتشرة بشكل أكبر عند فئة دون الأخرى . ويمكن ملاحظة ذلك بوضوح في المجتمع المحلي مثال ذلك كثرة تردد النساء بشكل خاص على ما يسمى بالعيادات القرآنية والعلاج بالرقية الشرعية . وعلى الرغم من الحاجة إلى دراسات ميدانية في هذا الجانب ، فإن ذلك يوضح بشكل لا يدعو مجالاً للشك لجوء الإناث إلى أحد مجالات التطبيب والتركيز عليه أكثر من مجتمع الرجال . والذي يعكس أيضاً تعرض البعض من النساء ببعض الأمراض النفسية أو الفيزيقية المحددة ، والتي تجعل من هذا النوع من العلاج هو العلاج المناسب لهن .

أنماط الزواج :- الزواج وأشكاله وأنماطه أيضاً مرتبطة بالصحة والمرض ، فعوامل مثل الزواج من الداخل أو الخارج ، أو الزواج بذوي القربي أو الزواج من الأباعد . وكذلك الحال بالنسبة لتفضيل الزواج في المحيط الأسري أو بذوي القربي أو العشائري وتأثيراتها على حمل وتكرار حدوث الجينات المعيبة ، والتي لها ارتباط مباشر مع كثير من الأمراض الوراثية (Helman, 1997) .

فقد تناولت دراسات متعددة تأثير الزواج الداخلي بشكل عام وزاج الأقارب بشكل خاص على صحة الأبناء ، فانتقال الجينات والموروثات الجينية التي تنتقل بالتوارث وتتحدد وفق نمط الزواج المتبع . فالزواج الخارجي على سبيل المثال أو الزواج من خارج دائرة ذوي القربي يعمل على زيادة التباين والاختلاف والتنوع الجيني في المجموعة السكانية Heterezygosity ، بينما يعمل الزواج الداخلي أو زواج الأقارب على العكس ، فهو يزيد من التشابه الجيني Momozygosity ؛ ولذلك فإن العيوب الجينية من الممكن أن تزداد في البحيرة الجينية التي يحدث فيها الزواج

داخلياً . ومن الممكن أن تظهر عيوب جينية وأمراض وراثية متعددة إزاء هذا التشابه . فالعيوب الخلقية ، وحالات الإجهاض ، والوفيات عند الأطفال أوضحتها كثير من الدراسات ، والتي أشارت بتأثير زواج الأقارب على الوضع الصحي لهؤلاء الأطفال في أقطار ومجتمعات عربية وإسلامية متعددة (Wahab and Ahmed, 1996; Tuncbilek and Koc, 1994; Abdulrazzaq et. al., 1997; Teeb et. al., 1887; El-Najar, 1996; Al-Awadi et. al., 1986) . فتحت كثير من الأمراض الوراثية ارتبط بشكل مباشر بنمط الزواج السائد في بعض الدول الشرق أوسطية ودول الخليج بالتحديد (من يتزوج من) هي قضية ثقافية بالأساس وارتبطت بالوضع الصحي السائد في المجتمع . فهناك مجتمعات ينتشر فيها زواج الأقارب بشكل كبير نظراً لأسباب اجتماعية واقتصادية متعددة ، وهناك من المجتمعات التي يندر وجود هذا النوع من الزواج فيها ، ومن ثمّ يندر وجود المشكلات الصحية وانتشار أنواع معينة من الأمراض بسبب هذا النوع أو النمط من الزواج الذي نجده منتشراً في مجتمعات دون أخرى .

السلوك الجنسي :- السلوك الجنسي أيضاً مسألة تتعلق بمسألة الصحة والمرض . ما العادات والممارسات الجنسية المسموحة؟ وما الممارسات الممنوعة داخل المجتمع؟ وهي مسألة ترتبط بالعلاقات الجنسية دون الزواج مثلاً ، أو بالإباحية الجنسية ، أو غيرها من الأمور . وكذلك قضايا مثل الشذوذ الجنسي ، والسماح بها في ظل الظروف الاجتماعية المحيطة . كل تلك المسائل تتعلق بشكل مباشر بقضايا المرض والصحة في المجتمع المدروس (Helman, 1997) .

إن السلوك الجنسي والشذوذ لا تعتبر قضية معاصرة ، فقد وردت في

مجتمعات إنسانية سابقة . فلقد شاع عند الأسر الأستقراطية في الأمبراطورية الرومانية على سبيل المثال ، حيث جرت العادة على أن يمنح الغلام في هذه الأسر رقيقاً جميلاً يكون متقارباً معه في السن حتى يشبع من خلاله نزواته الجنسية الناشئة إضافة إلى ذلك ، فقد ورد في الأدب اليوناني وانتشر ما يسمى بحب النساء للنساء حبّا جنسيّا (علي عبد الواحد وافي ، 1996) .

ولعل من أبرز الأمراض القاتلة التي ارتبطت بالسلوك الجنسي الشاذ هو مرض نقص المناعة المكتسبة (الايدز) الذي تم اكتشافه سنة 1981 ، وشكل خطراً يضاف إلى الأمراض الأخرى القاتلة في العصر الحديث . ومن المعروف أن هذا المرض يتسبب من خلال نوع من الفيروسات المعدية والتي يطلق عليها اسم "HIV" وهي اختصار لـ "Human Immune Defiency Virus" والتي تعني فيروس العوز المناعي البشري (غانم سلطان ، 1997) . فهو مرض يفقد الجسم الإنساني القدرة على المقاومة للأمراض وذلك لانهيار أجهزته الدفاعية الطبيعية ، والذي على إثره من الممكن أن يتعرض إلى الإصابة بالعديد من الجراثيم والفطريات .

إن انتقال المرض من فرد إلى آخر يتم بإحدى الطرق : إما عن طريق استخدام الإبر غير المعقمة ، أو بواسطة نقل الدم ، أو حمل الأم لابنها ، أو عن طريق الشذوذ الجنسي والعلاقات الجنسية غير المشروعة . ولعل من أهم المحدثات أو المعايير التي تجنب المجتمعات الإنسانية خطر هذا الوباء القاتل هو الالتزام بالأخلاقيات الإنسانية . ولعل الدين والتمسك بالتعاليم الدينية من الأمور المهمة ومن المتغيرات الأساسية التي ترتبط بانخفاض معدلاته في أي مجتمع من المجتمعات تكون نسبة التدين بين أفراده مرتفعة . فالفروق بالتدين هنا سمة ثقافية قد تميز مجتمعاً عن غيره . ولذلك

نجد أن ارتباط معدلات الإيدز يزداد في المجتمعات التي تبتعد عن الدين ، وتتصف بالعلمانية في وضع وسن القوانين الاجتماعية .

فالثقافة العربية على سبيل المثال تتضمن بعض العادات والتقاليد والأعراف المستمدة من الدين الإسلامي وضوابطه الاجتماعية والأخلاقية ، التي تحرم تحريماً قاطعاً وجود مثل هذه الممارسات الشاذة . وإن حدثت أي من هذه العمليات الجنسية الشاذة فإنها تحدث غالباً في الخفاء ، وليس تحت أنظار المجتمع ، وذلك بعكس بعض المجتمعات التي تتميز بالحرية والتحرر الجنسي ، والتي تستمر تستمد هذا المفهوم الخاطئ من الحرية الشخصية . فقيم العذرية والشرف على سبيل المثال تكاد تكون معدومة في بعض المجتمعات ، ولكنها معززة ومهمة جداً في المجتمعات العربية . إضافة إلى ذلك فإن البيئات الاجتماعية المتعددة في الثقافة العربية والمتمثلة في البيئات القروية والبدوية والحضرية تقنن العلاقات الزواجية وتضع لها أسساً وضوابط معينة ومحددة تختلف عن تلك الضوابط في بعض المجتمعات ، والتي تعتبر البذور الأساسية لظهور مثل هذا المرض القاتل في بعض الثقافات وقدرتها في البعض الآخر (محمود عيسى ، 1994) . والجدول الآتي يوضح لنا حالات الإيدز الرسمية الموزعة بحسب القارات للسنوات 85 ، 90 ، 1995 .

جدول (٥) يوضح حالات الإيذز الرسمية موزعة حسب القارات للسنوات ٨٥ ، ٩٠، ٩٥م (حتى يوليو) والأرقام الموضحة هي للعام نفسه وليست أرقاما تراكميا .

القارة	١٩٨٥	١٩٩٠	١٩٩٥
أفريقيا	٥٢٣	٤٠٧٦٤	٤١٨٠٥١
الأمريكيتان	١٢٦٣١	٥٥٤٠٢	٥٨٠١٢٩
آسيا	٣٣	٤١٦	٢٣٩١٢
أوربا	١٨٧٢	١٦٢٦٠	١٤١٢٧٥
أوقيانوسية	١٢٤	٧٣٧	٦٤٤٤
المجمـوع	١٥٢٠١	١١٣٥٧٩	١١٦٩٨١١

(المصدر : غانم سلطان ، ١٩٩٦ ، ص : ١٥٣)

ولعل أبرز ما يتم ملاحظته من خلال الجدول السابق هو الازدياد الكبير في أعداد الإصابة بهذا المرض في القارات المتعددة بشكل عام ، وكل قارة على حدة بشكل خاص . ولعل عدم اكتشاف علاج فعال إلى هذه الفترة من جهة ، وازدياد حالات الإباحية والشذوذ الجنسي في المجتمعات الإنسانية التي تبتعد عن قيم العفة والأخلاقيات الدينية من جهة أخرى تنذر بازدياد هذه الأعداد واطرادها المستمر .

ولعل هذا الازدياد في أعداد المصابين بمرض نقص المناعة المكتسبة يزداد بسبب السلوك الجنسي الشاذ بشكل أكثر وخاصة في المجتمعات الفقيرة والأفريقية ، بينما يسود الانتشار بسبب تعاطي المخدرات في بقية بقاع الأرض . ولعل هذا الازدياد مرده إلى أن كثيراً من الأشخاص لا يريدون أن يميزوا أو يدركوا السلوك الخاص الذي يرتكبونه ، والذي من الممكن أن يسبب المرض . ومن خلال انتشار المخدرات ينتقل

هـذا المـرض عبـر الحـقـن وهو في ازدياد في دول مـثل الاتحاد السـوفيـتي قـديماً ، شـمال شـرقي الهند ، الولايات المتحدة ، أوربا الغربية ، الصين ، وبعض بقاع من الشرق الأوسط . أما في أفريقيا فإن الحالات الكبرى تحدث بسبب ممارسة الجنس عـبر وسـائل غير واقـيـة . فكثيـر من الإناث قـد أصبن بمرض الإيدز خـلال فتـرة مراهقتهـن (Pisani, 2000) .

وهذا مـا يشير ويركـز على نقطة مهمـة في هذا الجانب ، وهي المرحلة العمرية التي ينتقل بها الإيدز ، أو أكثر الفئات العمرية المعرضة للإصابة بالإيدز . فلقد أشـارت العـديد من الدراسـات (Kim, 2001; Gwede et. al., Dilrio et. al., 2001; Fonck et. al., 2001) إلى أن انتقال الأمراض والإصابة بالإيدز يحدث في سنوات مراهقة الإنسـان . ولقد أشارت منظمة الصحة العالمية (WHO) في تقريرها لعـام ١٩٩٣ و١٩٩٥ إلى أن ثلثي الأمراض الجنسيـة المعدية في العـالم تحدث عند فـئة صغار السن (نقلاً عن : Denne and Riedner, 2001) . وهذا ما يؤكد أهمية هذه المرحلة المهمة والحرجة من حياة الإنسان ، والتي يحدث فيها هذا النوع من الأمراض الجنسية نتيجة للسلوك الجنسي .

فـالسلوك الجنسي بشكل عـام يرتبط بقـضـايا الصـحـة والمرض ، وتحـديد الممارسـات الجنسيـة المسموحة التي ترتبط بالأخلاقيات الإنسانية العامة والديانات السماوية يعتبر جزءاً من الثقافة -لها بلا شك التأثير البالغ في تحديد الوضع الصحي في المجتمع . فالمحيط الاجتماعي يحدد مدى الانتشار ونسبة الحدوث لهذه الأمراض .

السلوك الخاص بموانع الحمل :- إن تفكير الزوج والزوجة باستخدام أساليب منع الحمل يعتبر أمراً قديماً . حيث عرف الفراعنة باستخدامهم لهذه الأساليب على سبيل المثال . فقد كان الفراعنة يستخدمون بعضاً من مخلفات التماسيح كتحاميل مهبلية بغرض منع الحمل ، والتي اعتبرت أول طريقة مسجلة ومدونة عرفها التاريخ الإنساني . ولقد كتب أرسطو أيضاً وآخرون من الإغريق كثيراً عن وسائل منع الحمل الحالية ، ومع التقدم العلمي ظهرت هناك بعض الأساليب الأخرى المتقدمة مثل استخدام اللولب ، والذي قد استخدم بداية لغرض آخر ، وهو تقويم اعوجاج الرحم . ولقد تعرضت عملية منع الحمل إلى معارضة شديدة من قبل رجال الدين والكنيسة في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر حتى بداية الثورة العلمية وتغلبها على الفكر الديني السائد في تلك الفترة وذلك في بداية القرن العشرين (عادل زهير ، 1900) . فلقد عرفت الثقافات عبر التاريخ ما يحد من التكاثر في الذرية . فهي ليست وليدة الاكتشافات العلمية الحديثة ، ولم تفرضها عمليات التحضر والتحديث ، إنما كانت موجودة عبر التاريخ وإن تعددت واختلفت أسبابها .

ولا شك أن هناك أسباباً متعددة لعمليات الإجهاض ، فمنها ما يرتبط بعملية تنظيم الأسرة أو اختيار الجنس المطلوب مثل الحال الموجود في الصين ، وخاصة عند من يعيش بالريف ، حيث إن الجنس المطلوب هو الذكر ، وعند معرفة الوالدين أن الجنين قد يكون أنثى فإن الكثير منهم يلجأ إلى عملية الإجهاض ، وذلك لتحديد الطفل المرغوب . فالذكر هو الذي يقوم بأعمال الزراعة من حصاد وجني للثمار وحراثة ، وهذا يحتاج معه إلى قوة عظيمة لا تتوافر عند الأنثى .

فهو سلوك مرتبط باتجاهات ثقافية محددة باتجاه موانع الحمل المختلفة ، وكذلك الحال بالنسبة لعمليات الإجهاض . فعملية التحريم للإجهاض أو تحريم استخدام موانع الحمل من شأنه أن يرفع من معدلات الأسرة ، وهو أمر قد يؤدي إلى عواقب وخيمة نتيجة هذا التحريم (Helman, 1997) .

ولعل من الأسباب الأخرى المؤدية إلى الإجهاض هي تلك التي تتعلق بعملية الحمل قبل الزواج ، وخاصة صغار السن أو من يسمون بالبالغين الحديثين . فتحدث عملية الحمل نتيجة لتوقع الفتاة أو الرجل للزواج ، أو بسبب عدم استخدام الوقاية المناسبة لمنع الحمل ، أو نتيجة لعدم توقعهم حدوث مثل هذا الأمر الذي يؤدي في نهاية المطاف إلى حدوث عملية الإجهاض وذلك للتخلص من هذا الحمل (Rasch et al., 2000) .

ولا شك بأن عواقب الإجهاض قد تكون وخيمة على الوضع الصحي للمرأة ، ففي البلدان النامية على سبيل المثال ، قد يمر الإجهاض بإجراءات غير آمنة أو محفوفة بالمخاطر كما هو الحال في المجتمع الهندي (Varkey et al., 2000) ، فقد تؤدي إلى حوادث وفاة كما وضحته بعض الدراسات (Goyaux et al., 2001) . إضافة إلى أنها من الممكن أن ترتبط بحوادث نفسية مثل القلق . فالقلق قد يكون نتيجة القيام بعملية الإجهاض عند المرأة (Kishida, 2001) .

فعملية تحريم الإجهاض ، والسماح به يختلف من ثقافة لأخرى ، ومن ثم ، فإن الأعراض المرضية المرتبطة بالإجهاض ستختلف وفق ذلك من ثقافة لأخرى ، ومن مجتمع لآخر . فالمجتمع المسلم على سبيل المثال يحرم الإجهاض إلا بقيود

محددة ، وهو بذلك يحدد وقوع تلك الإصابات والأوضاع الصحية المرتبطة به ، وفي المقابل ، المجتمع الغربي يسمح بوجود وحدوث مثل هذه العمليات والذي يرتبط معه بعض من الأعراض الصحية . ولعل عملية الإجهاض واستخدام أساليب منع الحمل ترتبط بالقضية السكانية وما يسمى بتنظيم النسل كما سوف يتم توضيحه في النقطة القادمة .

السياسة السكانية : - وهي تحتوي على بعض المعتقدات الثقافية حول الحجم الأنسب أو الأفضل للعائلة كالسياسة السكانية المتبعة بالصين ، والتي تسمح بطفل واحد فقط للأسرة إضافة إلى الجنس المفضل ، والذي قد يؤدي في بعض المجتمعات إلى عملية إجهاض الطفل ذي الجنس غير المرغوب فيه سواءً كان ذكراً أم أنثى ، وكذلك الحال بالنسبة إلى حالات الإجهاض التي تتم إذا ما تم معرفة جنس الجنين . فهناك من المعتقدات ما هو غريب نوعاً ما . ومثال على ذلك ، في إحدى القبائل الهندية البرازيلية هناك اعتقاد بأن المرأة يجب ألا تنجب أكثر من ثلاثة أطفال ، وهؤلاء الأطفال يجب ألا يكونوا من الجنس نفسه أي : يجب ألا يكونوا جميعهم من الذكور أو جميعهم من الإناث . وإذا ما كان للمرأة ابنتان ورزقت بابنه ثالثة ، فمصير هذه الابنة الثالثة هو القتل . وعلى مر الأيام والأوقات ، هذا النوع من الاعتقادات والممارسات من الممكن أن يؤثر على حجم وتركيب السكان في المجتمع (Helman, 1997) .

فالسياسة الإسكانية قد تفرض ما يسمى بتنظيم النسل ، فيحاول الأبوان إدخال عملية تنظيمة لحياتهما الأسرية من حيث دخول أعضاء جدد عليها . فالأسرة وحجمها وشكلها وفقاً لذلك تتحدد بناء على رغبات الزوج والزوجة اللذين

يحددان العدد المناسب من المواليد من جهة ، ويحددان نوعه في بعض المجتمعات من جهة أخرى .

ولعل فكرة تنظيم النسل لم تأت وليدة دخول المجتمعات في نمط ما يسمى بنظام الحياة الغربي Westernization life style ، إنما قد سبق أن أدخل هذا المفهوم وتمت ممارسته منذ عدة عقود من الزمن . ولعل القس الإنجليزي توماس روبارت مالتس من أبرز الذين نادوا بفكرة الحد من النسل بعد أن قام بنشر مقالة «بحث في أصول مشكلة السكان» عام ١٨٠٣ . فلقد كانت هناك زيادة واضحة في أعداد السكان في بداية القرن الثامن عشر ، وذلك بسبب زيادة المواليد وقلة الوفيات ، بسبب التقدم الطبي الكبير الذي شهدته المجتمعات الإنسانية . ولقد حذر من الزيادة الكبيرة للسكان وما ستواجهه المجتمعات من مشكلاتي اقتصادية واجتماعية . فالمعيشة في أوضاع اقتصادية متدنية ، وانتشار البطالة ، وعدم وجود المسكن الصحي المناسب ، وعدم رعاية الأبناء ، جميعها تلعب دوراً مهماً في أن تكون عملية تحديد النسل هي أحد أبرز الحلول (سبايرو فاخوري ، د .ت) .

فالسياسة السكانية لأي مجتمع من المجتمعات ترتبط بثقافة وممارسة ومعتقدات الأفراد الذين ينتمون له ، فهي تتحدد وفقاً لهذه الاتجاهات الثقافية للمجموعات الإنسانية في المجتمعات المتعددة . فالمجتمعات المحلية ، والمجتمعات القبلية على سبيل المثال ، ترتبط بشكل كبير باتجاهات ثقافية تتلاءم مع تكويناتها الاجتماعية . ففي النظام القبلي زيادة الأبناء والذرية الذين يشكلون «عزوة» للأب وسنداً له ، تعتبر مسألة ضرورية وملحة . فالإنجاب المتزايد والمتكرر وإن كان من أكثر من زوجة يعتبر أمراً اعتيادياً يسهم في زيادة دعم الأسرة ، وبالتالي القبيلة . ولعل قضية الزواج بأكثر

من امرأة ، وخاصة عند شيوخ القبائل وأمرائها لا تخرج عن هذا الإطار وهذا المفهوم . وقد يلعب الدين درجة في عملية زيادة أو انخفاض معدلات الخصوبة . فيلاحظ ارتفاع نسبة الخصوبة في المجتمعات المسلمة ، وانخفاضه في الديانات الأخرى . ولقد أشار Abdal إلى وجود علاقة طردية تبين درجة التدين في المجتمع الكويتي معدل الخصوبة . فالدين الإسلامي على كثرة الإنجاب استشهادا بالأحاديث النبوية التي تحث على الزواج من المرأة التي تتميز بأنها ولود على سبيل المثال ، أو ما قاله الرسول (ﷺ) في زيادة عدد المسلمين من خلال الزواج (انظر :نيل الأوطار - كتاب النكاح) .

والسياسة السكانية أيضاً ترتبط بسياسة السلطة أيضاً ، فالسلطة لها دور بارز في تحديد حجم الأسرة داخل المجتمعات ، وذلك من خلال القوانين الاجتماعية التي تصدرها . ففي الصين على سبيل المثال- وكما سبقت الإشارة هناك- تقيد عملية زيادة عدد الأبناء ، بينما نجد بعض المجتمعات مثل الكويت على سبيل المثال تشجع على زيادة الإنجاب وذلك من خلال المخصصات المالية التي تدفع للأب في حالة رزقه بمولود . والأعباء المالية والتكاليف التي من الممكن أن يسببها المولود الجديد ، هي أحد أبرز الأسباب التي تدعو المجتمع الغربي ودول العالم الأول إلى الحد من النسل ، وتنظيم الأسرة بشكل كبير في هذه المجتمعات .

الحمل وممارسات الولادة وأساليب الرضاعة :- وهي أمور تتغير بتغير عوامل أخرى كالغذاء ، الملابس ، والسلوك خلال فترة الحمل . إضافة إلى ذلك ، كيفية التوليد والوسائل المستخدمة في ذلك وأين تتم الولادة ، هل هي في المنزل أو في المستشفى ، أو في مكان مخصص . إضافة إلى موقع المرأة الحامل أو المنجبة

للطفل في مركز العمل . ما العناية أو الممارسة التي تتم للمجموعة السكانية والتي تتعلق بالحبل السري وقطعه؟ وما الممارسات التي تتم بعد انقطاعه؟ فهناك في بعض المجتمعات من يضع القاذورات الخاصة بالحيوانات ويقوم بربطها على بطن الطفل ممارسة أو تقليداً اعتاد الناس عليه . وهذا ما يسبب كثيراً من المخاطرة بالإصابة بمرض تشنج العضلات . إضافة إلى ذلك ، ما هي ممارسة الأم تجاه ابنها وتفضيلها للغذاء من صدرها أو الغذاء الصناعي؟ كل تلك الأمور لها ارتباط مباشر بالصحة العامة .

وساد اعتقاد أيضاً عند بعض الثقافات يتعلق بالمرأة الحامل مفاده أن المرأة يفترض أن تأكل ما يأكله شخصان ، وتأكل ما تشاء من المواد الغذائية دون قيد ، وذلك حتى تكون قادرة وناجحة حملها ورضاعتها وتكون قوية لمواجهة الموقف (عالية نظيف السناوي ، 1986) . ولعل من أبرز ما يتعلق بهذا العنصر هو ذلك الذي يرتبط بما يسمى بالرضاعة الصناعية أو الرضاعة الطبيعية التي تمارسها الأم لأبنائها بعد عملية الولادة . فتشير التقارير العلمية إلى أن نسبة الرضاعة الخاصة بالرضيع تمتد لتصل إلى سنتين من عمره . وقد قال الله تعالى في هذا الشأن «الوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة» (سورة البقرة ، آية ٢٣٣) . فالرضاعة قضية جوهرية وأسلوب يربط الأم بابنها وبالعكس ، وتمتد لفترة زمنية محددة . ولكن الإشكالية التي تبقى وتكون مرتبطة بالوضع الصحي سواء للطفل أو للأم هو إذا ما كانت تتم الرضاعة طبيعية أو اصطناعية . فبالنسبة للطفل ، فإنه من خلال الرضاعة الطبيعية يحصل على مواد غذائية من حليب الأم . فحليب الأم يحتوي على مكونات صحية مناسبة وملائمة للطفل . ولعل أبرز محتويات حليب الأم يتمثل في وجود الماء ذلك العنصر الحيوي لحياة الخلايا ،

والبروتين والذي يعتبر أسهل هضماً من البروتين الموجود في حليب البقر ، ويحتوي على مادة مضادة تحمي الطفل من العديد من الجراثيم المؤدية ، وكذلك الدهن الذي يساعد على الهضم بصورة أفضل من الدهون الموجود في حليب البقر ، واللاكتوز الذي يعطي طاقة تسهل من عملية الهضم ، ويسهل عملية امتصاص الكالسيوم والمعادن ، إضافة إلى وجود المعادن المتعددة مثل الكالسيوم والحديد ، ووجود الفيتامينات بجميع أنواعها . ويعتبر بشكل عام أغنى من المواد الموجودة في حليب البقر ، فهو حليب متكامل يؤمن حاجات الطفل الغذائية (نجلاء جواد ، 1989) . فاحتواء هذه الكمية من المواد الغذائية ، بلا شك يحفظ صحة الطفل . فهو غني ببعض المواد التي من الممكن أن تمنع من حدوث بعض الأمراض أو اكتسابه لبعض الجراثيم مثل مادة البروتين .

فحليب الأم غني بالفيتامينات والبروتينات والأملاح التي تحمي الجهاز العصبي ، والتنفسي والهضمي للطفل ، وتوفر له مناعة طبيعية ضد العديد من الأمراض . وفي المقابل فإن حليب الأم يساعدها على حماية نفسها من بعض من الأمراض والمخاطر مثل مخاطر النزيف بعد الولادة ، ويلعب دوراً في عودة الرحم لحجمه الطبيعي ويحمي الأم من الأصابة بسرطان المبيض ، إضافة إلى تقوية العلاقة بطفلها . فالرضاعة الصناعية من الممكن أن تسبب بعض المشكلات الصحية مثل الإصابة بفقر الدم والحمل السريع ، وخطر الإصابة بسرطان الثدي والمبيض ، وكذلك أعراض السمنة (الأمانة العامة للأوقاف-الكويت ، 1998) .

إضافة إلى ذلك ، فهناك خطورة للرضاعة الاصطناعية على الطفل أيضاً ، وهي تلك التي تتعلق بسهولة تلوث الحليب بالجراثيم ، وإمكانية تسبب الحليب

الصناعي في إحداث حساسية لها علاقة بإصابة الأطفال كحساسية الجهاز التنفسي وحساسية الجلد ومرض السكري ، إضافة إلى عدم احتوائه على مواد مضادة للميكروبات ، وهو ما يؤدي إلى زيادة نسبة الوفيات ، وفقدان الانتماء الاجتماعي والأمان الذي يحصل عليه الابن من الأم (الأمانة العامة للأوقاف ، 1998) .

فالظروف القهرية التي تمنع الأم من مزاولة واجبها الأساسي في رضاعة طفلها قد يلحق بكلا الطرفين بعض الأمراض الصحية . وقد يكون هناك أسباب متعددة تمنع الأم من أدائها لهذا الدور . فقد يكون أحد أسباب اللجوء إلى الرضاعة الصناعية هو عمل المرأة وخروجها من البيت ساعات طويلة . ففي كثير من الدول المتقدمة تسهم المرأة في سوق العمل ، فتخرج كالرجل من فترات الصباح الأولى إلى حين عودتها إلى المنزل بعد منتصف الظهيرة ، وهو ما يلجئها إلى استخدام الرضاعة الصناعية للطفل حتى عودتها . وهنا تبرز علاقة عكسية بين ساعات العمل والرضاعة . فكلما ازدادت ساعات عمل المرأة وبُعدها عن أبنائها قل معها مقدار الرضاعة الطبيعية التي يتلقاها الطفل ، وهذا يؤدي في النهاية إلى نضوب الحليب من ثديها نتيجة لقلة الاستخدام .

إضافة إلى طبيعة العمل في بعض الأوقات والذي يكون ذا سمة مجهدة ، مثل ذلك العمل الشاق في المصانع الذي يؤدي إلى انخفاض كبير في كمية الحليب من الأم (خليل علي محسن ، 1986) . إضافة إلى ذلك ، فإن هناك بعض من المشكلات الصحية والنفسية التي ترتبط بالأم وتقلل من إنتاجها بشكل طبيعي للحليب . فالحالة النفسية لدى الأم وحدوث حالات مثل القلق ، والتوتر يؤدي إلى حدوث انقطاع الحليب . وكذلك هناك بعض العوامل الأخرى مثل تأثير الجهاز

الإعلامي . فالإعلانات التجارية في دول الخليج العربي على سبيل المثال على حد زعم عبد الرحمن مصيقر (1990) وخاصة في فترة السبعينات أسهمت في تشجيع الأم على ترك الرضاعة الطبيعية . فقد قامت دول الخليج العربي بإيقاف هذه الإعلانات سنة ١٩٨١ نظراً لخطورتها على السلوك الغذائي للأمهات . وعلى الرغم من هذا الإجراء ، فإن هذه الشركات قامت بسياسة توزيع النشرات والكتيبات المجانية في العيادات الصحية والخاصة . إضافة إلى ذلك ، تشير لجنة التوعية الصحية التابعة لمنطقة حولي التعليمية إلى أن انتشار بعض من المعتقدات الخاطئة عند الأمهات قد تلعب دوراً في اللجوء إلى الرضاعة الصناعية وترك الطبيعية . فيعتقد كثير من الأمهات أن حليب الأم في الأيام الأولى «اللبأ» ضار للطفل . فتضطر الأم إلى الرضاعة الصناعية بدلاً من إطعام الرضيع هذا اللبأ الذي يحوي على مواد مناعية مضادة تحمي المولود من المكروبات ، وتقتلها ، وعلى أنزيمات هاضمة تحلل جدار البكتيريا الضارة فتمنعها من التكاثر في أمعاء الوليد لا .

إن الاختلافات الثقافية في المجتمعات الإنسانية هي التي تسهم في انتشار الرضاعة الصناعية أو الطبيعية ، فهناك اختلاف متعدد بين المجتمعات الإنسانية . والمجتمعات الإنسانية التي تمر بعملية تحديث وتغير اجتماعي ثقافي ، هي تلك التي يعاني أفرادها من سوء تغذية للطفل أو تلجأ الأمهات في هذه المجتمعات إلى الرضاعة الصناعية بدلاً من الطبيعية . فإذا ما قادنا هذا الوضع الصحي القائم بالمجتمعات المحلية قبل النفط نجد أن العملية مختلفة . فمن أهم مسؤوليات المرأة على سبيل المثال في المجتمعات المحلية السابقة هو إدارة منزلها ورعاية أطفالها . فعمل المرأة الخارجي محدود ، وتواجدها في المنزل شبه مستمر ودائم ، ومن ثمّ تزداد عملية

الرضاعة غير المنقطعة . إضافة إلى أن المجتمع المحلي يقوم على البساطة والبعد عن تعقيدات الحياة الاجتماعية الحديثة ، والأحداث المرتبطة بها من انتشار لبعض من الأمراض النفسية والاجتماعية من قلق واكتئاب وخوف واغتراب وغيرها من هذه الأعراض التي من الممكن أن تؤثر على الصحة النفسية للأم وأبنائها . فطرق الحياة وما تحمله من مشكلات اجتماعية ونفسية تركت بصماتها على صحة الأم والأبناء من خلال الرضاعة وممارسة الأم بعد فترة الولادة . فالانتعاش الاقتصادي الذي حدث في المنطقة أدى إلى تبني نمط الحياة الغربية . فالحياة المادية ، والوضع المادي للأسرة أيضاً كان له نصيب من هذا التأثير . فيذكر على سبيل المثال عبد الرحمن مصيقر (1990) كمثال في دول الخليج العربي أنه كلما ارتفع مستوى الدخل للأسرة ، انخفضت طول فترة الرضاعة الطبيعية . وهذا يعكس مدى تأثير الوضع الاقتصادي وتأثيره أيضاً في هذه المسألة .

والقضية أيضاً لها أبعاد ثقافية اجتماعية متعددة . فهناك اختلاف بين المجتمعات الإنسانية والقوانين التي تسمح أو لا تسمح للمرأة العاملة مثلاً بقضاء إجازة الأمومة بعد الولادة مباشرة ، وهناك من المجتمعات من يسمح بإجازة طويلة . وهناك اتجاهات ثقافية تختلف من ثقافة لأخرى ، فهناك من الثقافات ما يمنع تناول الماء أو الحليب أو أي سوائل على المرأة بعد الولادة مباشرة ، بينما تسمح ثقافات أو مجتمعات أخرى بذلك . وهي بلا شك مرتبطة بالوضع الصحي . حيث يشير سبيرو فاخوري (1987) على سبيل المثال إلى أن تناول الأم كميات كبيرة من السوائل وخاصة الحليب يؤدي إلى إدرار الحليب بكميات كبيرة . وهذا بطبيعة الحال له انعكاسات سلبية في الثقافات التي تمنع أو تحرم شرب السوائل على النفساء .

ولذلك ، فإن الأبعاد الثقافية التي ترتبط بهذه المسألة تختلف من مجتمع لآخر ومن ثقافة لأخرى ، وتعود في النهاية إلى التأثير الصحي على مجتمع دون أخرى وفقاً للظروف السانحة للرضاعة الطبيعية أو الصناعية .

الممارسات الخاصة برعاية للأطفال :- الطفولة هي المرحلة التي يمر بها الإنسان حتى سن الثانية عشرة ، والتي تتميز بالمرونة والقابلية للتعلم . فهي مرحلة التعليم التي يكتسب الطفل فيها العادات والمهارات والاتجاهات العقلية والاجتماعية والحسية (عبدالواحد علواني وآخرون ، 1995) . فالممارسات الخاصة برعاية الأطفال ترتبط بذلك المناخ العاطفي الذي توفره الأسرة للابن والرعاية التي تلقاها من قبل والديه . هل السلطة التي تمارس على الأبناء تتميز بالتسامح أو السلطوية ، هل تتميز بالتشجيع على التنافس بين الأبناء أم لا . إذ يمكن أن ترتبط ممارسة هذه السلطة ببعض الأمراض العقلية ، والتي قد يكون أحد نتائجها الانتحار . إضافة إلى ذلك ، درجة الاضطهاد أو الإساءة الفيزيقية أو العاطفية للأطفال وغيرها من الأمور .

لعل الأمراض النفسية الخاصة بالقلق ، والاكتئاب ، والاغتراب الاجتماعي وغيرها من هذه الأمراض ترتبط بدرجة كبيرة بمستوى الرعاية الأسرية للأطفال . وهي بلا شك تؤثر بشكل كبير ومباشر في السلوك الانساني داخل الأسرة ، ويمكن أن يؤثر على الصحة النفسية الخاصة بالفرد (Helman, 1997) .

فالمشكلات التي تحدث داخل نطاق الأسرة تؤثر بشكل كبير على الطفل . فمشكلات مثل مشكلات الأمية ، ومشكلة الفقر ، ومشكلات افتقار الأسر للثقافة النفسية والدراية بأحوال الطفل ومراحل نموه يؤدي في النهاية دوراً سيئاً للطفل

ولطاقته، ويلعب دوراً مؤثراً في إعاقة قدراته المبدعة التي قد تعطل من مسار نموه (مفتاح محمد دياب، 1995) . فهي مشكلات تحدث في أسر دون أخرى ونتيجة لظروف ثقافية محددة .

ولا يقتصر الوضع على الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة وتأثيرها على الأولاد، بل يتعدى ذلك إلى المشكلات النفسية أو الاضطرابات الخاصة بالوالدين وأوضاعهم الصحية التي ترتبط بالوضع الصحي لأولادهم وتؤثر بهم . فقد عرض حمدي ياسين وزملاؤه (2000) بعض الدراسات التي تعزز من صدق هذا الإدعاء . فقد أشارت هذه الدراسات إلى أن «الآباء المصابين ينشئون أطفالا على شاكلتهم» (ص : ٣٩) . فهناك ارتباط ببعض الخصائص والأمراض السلوكية بين الآباء وأبنائهم سواء كان ذلك اكتئاباً، أو أعراضاً وسواسية قهرية، وغيرها كما أشارت هذه الدراسة .

إن الأسرة بشكل عام تلعب دوراً في إحداث تأثير مباشر على مسار الطفل من خلال سلوكيات ما يسمى بالتسامح أو التشدد أو حتى عدم الاتزان بين التسامح والتشدد . فالأسرة التي تشجع الأبناء على الرأي المستقل منذ الصغر، فينعكس ذلك على شخصيتهم عند الكبر . وإن السماح لهم بحرية اللعب وبث الثقة بالنفس، يجعلهم يشعرون بذواتهم وإمكانياتهم، وتمدهم بخبرات تساعدهم على شق طريقهم في المستقبل . فأسلوب السماحة يرتبط بالصحة النفسية . فالتشدد في محيط الأسرة يجعل الطفل يتسم بدرجة عالية من العدوانية في السلوك . فقد أشارت الدراسات إلى أن الذين عاشوا ظروف السماحة من قبل الأسرة خلا سلوكهم نسبياً من صور العدوان (زين العابدين درويش، 1969) .

ويذكر في هذا الجانب حسام محمود مهدي (1997) ثمانية محاور رئيسة لممارسة تربية الأطفال في الثقافة الإسلامية بشكل خاص والتي تبنى على :-

١- البناء العقدي : وهو تلقين الطفل كلمة التوحيد وترسيخ حب الله والرسول صلى الله عليه وسلم في نفوسهم .

٢- البناء العبادي : وهو الصلاة والصوم والحج والزكاة .

٣- البناء الاجتماعي : وهو اصطحاب الطفل إلى مجالس الكبار ، وحضور المناسبات ، ومبيته عند أقربائه الصالحين ، وغيرها من الأمور التي تقرر وضعه الاجتماعي .

٤- البناء الخلقي : كاحترام الوالدين ، والأخوة والجار ، والاستئذان وأدب الطعام والأمانة والصدق ، واحترام الآخرين .

٥- البناء العاطفي والنفسي : الرأفة والرحمة بالأطفال وممازحتهم ، وتقديم العطايا والهدايا وتفقد حالهم وإشعارهم بأهميتهم .

٦- البناء الجسمي : السباحة والرماية ولعب الكبار مع الصغار .

٧- البناء العلمي والفكري : غرس حب العلم وآدابه وحفظ أجزاء من القرآن الكريم وطرفاً السنة .

٨- البناء الصحي : الرياضة والنظافة وإبعاد الطفل عن الأمراض المعدية .

هذه الممارسات التربوية لا شك تخلق في الطفل القدرة على مواجهة المجتمع الذي يعيش فيه بظروف اجتماعية صحية مناسبة . فوجود أي خلل في هذه المحاور الرئيسية ، يسبب خللاً صحيا واجتماعيا على الفرد وينعكس تأثيره على المجتمع . ولذلك ، فإن هناك حاجة للتركيز على العمليات التربوية في المجتمع بشكل عام من

وسائل إعلام وتعليم ، وحاجة إلى التركيز على دور الأسرة في تعزيز هذه الأساليب والممارسات التي تنعكس على الوضع الصحي للفرد داخل المجتمع .

إن التفاوت الثقافي بين المجتمعات المتعددة يرتبط بشكل مباشر مع أسلوب وطريقة تربية الطفل ، والتي على أثرها تترك انعكاساً حول صحته البدنية والنفسية . فالاختلافات الثقافية تتيح مساحة للأغراض الصحية المتعددة . وفي دراسة حديثة عن سوء معاملة الطفل في فترة ما قبل المدرسة وإبراز بعض الخصائص النفسية المتفاوتة في ثقافتين مختلفتين ، أشار حمدي ياسين وزملاؤه (2000) إلى أن هناك اختلافاً بين الثقافة الكويتية والثقافة المصرية في سوء معاملتها لطفل ما قبل المدرسة ، والتي على أثرها ينشأ اختلاف في الخصائص النفسية المرتبطة الأطفال لدى هاتين الثقافتين . ولقد أشارت الدراسة أيضاً إلى أن الثقافات الغربية المنبثقة عن هاتين الثقافتين يكون بينهما اختلاف وتعاون في هذه الخصائص النفسية ، وذلك تبعاً لجنس الطفل وعمره ، والطبقة الاجتماعية ومستوى التعليم عند الأم وغيرها من الخصائص الثقافية المتعددة .

فهناك ارتباط بين الخصائص الثقافية والخصائص النفسية للأطفال ، فالتعاون الثقافي يولد تفاوتاً بالخصائص النفسية والسلوكية عند الأطفال في الثقافات المتعددة ، ومن ثم يكون هناك نوع من أنواع الثقافات مرتبطاً بالأمراض لدى الأطفال في المجتمعات المتعددة .

التغيرات في صورة الجسم أو البدن :- وهي تلك التي تتعلق بالممارسات الخاصة بالثقافة التي تغير من شكل الجسم أو اليدين أو أعضاء من البدن ، مثل تلك

الممارسات المتعلقة بثقب الأذن للفتاة أو ثقب الشفاه أو الأنف ، وكذلك الوشم على الجسم ، والختان ، وعمليات التجميل . وهناك أيضاً قيم ثقافية يمكن أن تدعم ، أو ترفض بعض الأشكال الجسمانية مثل النحافة ، أو الطول ، أو السمنة وخاصة بين النساء (Helman, 1997) . فهناك من المجتمعات من يفضل الزوجة السمينة على سبيل المثال . فالسمنة تعتبر في هذه المجتمعات مصدراً من مصادر الجمال . ولذلك ، تحرص الفتاة على أن تحقق هذا القدر من الجمال ، وتأكل أكثر من طاقتها الاستيعابية .

ولعل ظاهرة ختان المرأة بالتحديد تنتشر بصورة كبيرة في المجتمعات الأفريقية والنامية والريفية . فهي ظاهرة موجودة في بعض المجتمعات الإسلامية والمجتمعات المسيحية أيضا . ولعل هذه العملية تعود بأضرار وآثار صحية على المرأة وبعد مرور سنوات عديدة من هذه العملية (Abu Daia, 2000) وعلى الرغم من هذه العملية قد لا ترتبط بالتأثير على الإنجاب أو الأمراض المرتبطة بالولادة كما وضحته بعض الدراسات (Larsen and Yan, 2000; Marison, 2001) إلا أنها ذات مخاطر من الممكن أن تؤدي إلى تهديد حياة الأنثى (Meniru et. al., 2000) . ولعل المخاطر لا تقتصر فقط على ختان الأنثى ، إنما يمتد ذلك ليشمل أيضا ختان الرجل وما يلحقه من أضرار إذا ما تم بطريق غير صحية ، أو تم عن طريق غير المتخصصين والعوام كما هو منتشر في كثير من دول العالم الثالث . فهو يعرض الحياة للأخطار والتهديد ، ويعرض أيضا للإصابة ببعض الأمراض . فلقد وجد .Habib et. al (2001) تأثيراً ضئيلاً يؤدى إلي حدوث حالات الألتهاب الكبدي (C) في مجتمع دلتا النيل في جمهورية مصر العربية من جراء عملية ختان الذكور من قبل غير

المتخصصين . فهي عملية مشوبة بالمخاطر في ظل غياب التوعية الطبية الصحيحة . فالختان وحدوثه في مجتمعات دون أخرى وبمزاولة طرق غير تخصصية من الممكن أن تكون عاقبته الصحية وخيمة على حياة الإنسان .

ومن الصور الأخرى التي تلعب دوراً في صحة الإنسان ، والتي تتعلق بالتغيرات في صورة الجسم أو البدن هي تلك التي تتعلق بظاهرة الوشم . فالوشم ظاهرة منتشرة بشكل كبير في المجتمعات الغربية . وهي ذات خصوصية في مجتمعات محددة . وكما يقول مونت كومري وبارك Montgomery and Parks (2001) : إن ما يقارب من ٣٪ إلى ٥٪ من نسبة السكان في المجتمعات الغربية تنتشر بينهم ظاهرة الوشم على الأقل بصورة واحدة على الجسم . وإن هذا العدد أخذ في التزايد المطرد في العقد الماضي بالتحديد بشكل كبير (في التسعينيات) في هذه المجتمعات . ولقد أشارت دراسات متعددة إلى أن ظاهرة الوشم تنتشر بشكل كبير بين فئة الشباب (Montgomery and Parks, 2001; Armstrong et. al., 2000; Rook et. al., 2000; Greif et. al., 1999; Armstrong and McConnell, 1994) .

وهو ينتشر أيضاً بشكل كبير بين طلبة الكليات المختلفة في الولايات المتحدة (Greif et. al., 1999) . ولعل من أبرز الأسباب التي تدعو الشباب إلى اللجوء إلى الوشم هو الشعور بالهوية كما وضحته بعض الدراسات (Armstrong et. al., 2000; Armstrong and Murphy, 1997) .

والصور التي توضع على البدن قد تجسد هذه الهوية التي يحاول أن يبرزها صاحبها من خلالها . فنجد كثيراً من الصور التي تمثل مصدراً من مصادر القوة ،

فعلى سبيل المثال نجد رسوماً خاصة بالسيف ، أو الخنجر ، أو رسوماً خاصة بالحيوانات الشجاعة مثل الأسد ، الصقر ، النمر ، وغيرها من هذه الرسوم التي تعطي إشارة إلى العنفوان والقوة التي يرغب ممارس هذه العادة باللجوء إليها . فهي قد تعكس هويته ، وتبرز الشخصية التي يرغب بالظهور فيها . وهناك من يضع الورود ، وهناك من يرسم الأنثى أو المرأة ، وهناك من يرسم الشبح ، وهناك من يرسم الجمجمة وغيرها من هذه الرموز التي قد تعكس هوية صاحبها .

ولعل هذا الإطار الثقافي الذي تحرص عليه المجتمعات وتجعله ذا صبغة ثقافية مميزة لهذا المجتمع يؤدي إلي تأثير اجتماعي يصاحب هذه الممارسة . ولقد أشارت دراسة ماكاي وماك ألستر Makkai and McAllister (2001) على سبيل المثال ، إلى أن انتشار ظاهرة الوشم بين الأفراد ترتبط مع استخدامهم وتعاطيهم للمخدرات في المجتمع الأسترالي ، والذي على أثره يكون عرضة لانتقال كثير من الأمراض عن طريق الدم . وحتى المكان الذي يتم به رسم هذه الصور على الجسد قد يكون من الأماكن المشبوهة التي ينتشر بها كثير من الأمراض التي تنتقل بالعدوى مثل مرض الالتهاب الكبدي على سبيل المثال (Haley and Fischer, 2001) . فهناك علاقة أوضحتها بعض الدراسات بين بعض الأمراض مثل الألتهاب الكبدي والإيدز الذي يعتبر أحد أبرز الأمراض التي يسببها حدوث مثل هذه الممارسة (Cheung, 2000; Loimer and Werner, 1992; Staiter, 1998) .

جانب آخر من جوانب إيذاء البدن هو ما أشار إليه إيفانز بريتشارد في دراسته على قبائل النوير ، وما يسمى بعملية «طقوس التكريس» . وهي تلك الطقوس التي تمارس على فئة الشباب والتي تزاول وسيلة لنقل الفرد من وضع اجتماعي لآخر .

فعند بلوغ الفرد السن من ١٤-١٦ سنة يتم مزاولة هذا الطقس من خلال عملية التكريس ، وذلك بقطع الجبهة بواسطة سكين صغيرة ست تقطيعات أفقية تبدأ من الأذن اليمنى حتى اليسرى ، وتمارس في فصل معين (صبري عبد الواحد ، 1995) .

مما سبق نرى ارتباط تلك الممارسات الجسدية التى تؤدي وتسبب له الأمراض بالممارسات الثقافية المتعددة والتي تختلف من مجتمع لآخر . فحدوث هذه الأمراض وانتشارها يرتبط ببعض السلوكيات التي يبيحها المجتمع ويرتضيها . ولا شك أن الدين الإسلامي قد حدد خطورة القيام بمثل هذه الأفعال التي أفتى كثير من العلماء بتحريمها . فأصبحت الديانة رادعاً لكثير من أبناء الثقافات والمجتمعات المسلمة من ممارسة تلك الوسيلة .

الغذاء :- وهو يشمل طريقة تحضير الطعام واعداده ، وطريقة تخزينة أو حفظه ، والأدوات المستخدمة في عملية الطبخ ، وكيفية تخزين الطعام ، وهل الطعام يحمل معه ملوثات ؟ وهل يعتبر أو يصنف على أنه غذاء أم لا ؟ مقدس أو عادي ؟ هل هو بارد أم حار ؟ هل الأساس في الأطعمة الفواكه والخضروات أم اللحوم ؟ هل هناك أنواع معينة من الأغذية تتبع في حالات الحمل في ؟ هل هناك إكثار من الأغذية السريعة والغربية أم لا ؟ ما المكونات الغذائية للأطعمة ، كثيرة الملح ؟ الدسم ؟ الكربوهيدرات أم أنها مأكولات تقليدية طبيعية من البيئة المحيطة . جميع هذه العوامل تلعب دوراً مهماً في حدوث كثير من الأمراض (Helman, 1997) . ولقد تم الحديث عن هذا الموضوع بشيء من التفصيل في الفصول السابقة . فالغذاء لا ينظر إليه على أنه مصدر من مصادر البقاء والإشباع الغريزي فحسب ، إنما ينظر

إليـه أيضـاً على أنه عـامل مؤثر مهم في حـدوث الأمـراض ، وفي بعض الأوقـات الوفاة .

الملابس ووسـائل الزينة :- في بعض الأوقـات يرتبط الملبس بقـضـايا المرض والصحة أيضاً . فالملابـس هي سمات ثقافية تشتمل أشكالاً متعددة ، منها ما يناسب الرجل والمرأة ، ومنها ما يلبس في المناسبات الخاصة . فهل الملابس المعتادة من النوع المشدود أو المخصر ؟ هل الحذاء يتميز بالكعب العـالي أو بالشكل العادي المستوى ؟ فنوعيـة الملابس قد يكون لهـا ارتباط في حدوث بعض أنواع الأمـراض والإصابات . وكذلك الحـال بالنسبـة لأدوات ووسـائل الزينة الخاصة مثل مستحضـرات التجميل والجـواهر ، والروائح وأصـبـاغ الشعـر ، والتي قـد تؤدي إلى أنـواع من أمـراض الجلد (Helman, 1997) .

ففيمـا يخص الروائح ، هناك روائح مـصنعـة غيـر طبيعيـة يمكن أن تلعب دوراً بارزاً في حدوث كثير من الأمراض الخطيرة وذلك نتيجة التعـرض المبكر لها . فهناك عدد من الدراسـات تؤكد خطر الروائح الكيـميائيـة التي يتعرض لهـا الإنسان ، والتي قد تتسبب في حدوث السـرطانات . فالعاملون في المصـانع الخاصة التي تتعامل مع العطور والورود يتعرضـون إلى أنواع متعـددة من السـرطانات ، ومن ثمّ تكون هناك زيادة في معدلات الوفيات بينهـم كمـا وضحتهـا العديد من الدراسـات (Thomas, 1987; Guberan and Usel, 1987; Sharma-Wagner et. al., 2000; Guberan and Raymond, 1985) .

فاستخدام هذه الروائح بإفراط لا شك أنها من الممكن أن تتسبب في حدوث الأمراض ، ويلعب الاختلاف الثقافي دوراً مؤثراً في معدل استخدام المجمعات لتلك الروائح . وحتى نوعية الروائح نفسها يمكن أن تلعب دوراً مختلفاً ومتفاوتاً من ثقافة لأخرى .

وفيما يخص الملابس ، فهناك أيضا تأثيرات خاصة من الممكن أن تتعرض لها المجموعة السكانية في ثقافة معينة نتيجة مسائل تتعلق بطرق اللباس . فبالإضافة إلى ما سبق ذكره بخصوص الملابس المشدودة والمخصر على سبيل المثال ، فهناك من المجموعات السكانية من لا يدرك أهمية ارتداء ملابس معينة ولحالات طقسية محدودة . أو تكون الظروف المادية الاجتماعية للأسرة لا تسمح بتأمين اللوازم والاحتياجات المناسبة من الملابس لأعضائها وأبنائها . ففي ظل الظروف البيئية شديدة البرودة ، الفقر يلعب دوراً مهماً في عدم أمكانية تحقيق الحماية للجسم من خلال الملابس . وبالمقابل ، قد لا يدرك الآباء ، لأي سبب من الأسباب ، أهمية الوقاية مثلاً من حرارة الشمس وحماية الجسم منه ، وخاصة عند الأطفال الذين يمكن أن يتعرضوا إلى أشعة الشمس الحارقة ، والتي قد تودي بحياتهم . فنجد التفاوت الثقافي في المجتمع الألماني على سبيل المثال في هذا الجانب . فحسب ما أوضحه أبك وزملاؤه Abeek et. al. (2000) في دراسة عن الأطفال ما قبل المراحل الدراسية ورعاية الوالدين وحمايتهم من أشعة الشمس ، وجدوا أن الأطفال غير الألمان هم أقل حماية من أشعة الشمس من الأطفال الألمان . وهو ما يزيد من تعرضهم إلى أشعة الشمس أكثر من المجموعة الأم .

فهذه وتلك اختلافات ثقافية تربط بالصحة والمرض . وحتى وسائل الزينة

المستخدمة ، من الممكن أن تعرض الإنسان إلى المخاطر . فقد تمت الإشارة إلى ما يمكن أن يسببة الوشم على الجسم من إضرار على الإنسان ، وهناك بعض الشعوب تمارس عادات الثقب في اللسان والأنف وبعض الأجهزة التناسلية ووضع الحلقة داخل الجلد وذلك من أجل الزمنية أو لأغراض أخرى ، وهي تترك آثارها المباشرة على قضايا الصحة العامة .

الصحة النفسية :- وهي تتعلق بنفسية الشخص .هل هو مهمل أو شخص مبتهج ؟ هل هو دائم الاغتسال والتنظيف ؟ هل هو دائم حلاقة الشعر وتنظيفه أم لا؟ هل ملابسه نظيفة ومتغيرة؟ وغيرها من الأمور التي ترتبط بالنظافة العامة في استخدامات الشخص المختلفة (Helman, 1997) .

فهي شعور الفرد بأنه على ما يرام ، وشعوره بالسعادة والرضا والطمأنينة ، وتحقيقه في النهاية القدر من التوافق النفسي والاجتماعي . فالوصول إلى الشخصية السليمة هو الهدف الذي تحققه الصحة النفسية (أحمد عبد الخالق ، 1993) وهي أيضاً تحقيق القدرة على التكيف وامتلاك القيم والأخلاقيات المقبولة في المجتمع (محمد الطحان ، 1990) . ولعل للصحة النفسية مظاهر متعددة مثل انعدام الصراع النفسي ، تنمية القدرات ، وتحمل مسؤولية الأعمال والمشاعر ، وتقبل النقد ، وتقدير الحياة والشعور بالرضى ، وإدراك الدوافع والأهداف ، والإيمان بمبدأ التعاون ، والاتزان الانفعالي وثبات الاستجابات الانفعالية ، وثبات السلوك ، إضافة إلى النجاح في العمل ، ومواجهة الإحباط ، وحسن الخلق (أحمد عبد الخالق ،1991 ؛ مصطفى الشرقاوي ، د .ت) .

إن هذه المظاهر ترتبط بشكل كبير بالجوانب الصحية العامة للفرد . فتحديد هذه المظاهر وقدرة الفرد على التكيف معها هي التي تجعل هذا الفرد يحقق التوافق النفسي والاجتماعي ويتمتع بصحة نفسية جيدة ، وعدم المقدرة على التكيف يعني وجود خلل صحي فسيولوجي نفسي من الممكن أن يصيب الفرد .

ولذلك فهناك ارتباط وثيق بين الصحة النفسية والعلوم الطبية ، فالطب النفسي على سبيل المثال يبحث في الاضطرابات العقلية والنفسية والتخلف العقلي وغيره ، والطب السيكوباتي يبحث في الأمراض التي من الممكن أن تحدث نتيجة للتعرض للضغوط النفسية مثل خفض ضغط الدم والحساسية وسقوط الشعر وغيره ، وكذلك هناك تواصل بين الصحة النفسية وما يسمى بالتربية الصحية والذي يعتبر فرعاً من الطب الذي يهدف إلى تنمية العادات الصحية التي تساعد على الوقاية من الأمراض والمشكلات النفسية . إضافة إلى ذلك ، فهناك تواصل مستمر بين الصحة النفسية والعلوم الشرعية ، وذلك من خلال إسهام العلوم الشرعية في تنمية الصحة النفسية عند الناس ومعافاتهم من الانحرافات ، وتحديد أسلوب المعاملة للأخصائي المعالج ، ووضع المعايير الخاصة بالحلال والحرام والمكروه وتحديد العبادات المتعددة ، والتي تسهم جميعها في النهاية في التحسين من الوضع الصحي والنفسي للفرد (انظر : محمد عودة محمد وكمال إبراهيم مرسي ، 2000 ؛ كمال إبراهيم مرسي ، 1995) .

حتى في الطرق العلاجية فهناك نوع من التواصل بين العلوم الطبية والصحة النفسية في استخدام الأساليب العلاجية . فهناك العلاج عن طريق ما يسمى بالفريق السيكاتري (أخصائي اجتماعي ، ونفسي ، وطبيب نفسي أو عقلي) ، والإرشاد

النفسي ، والعلاج باللعب ، والعلاج الجمعي المسرحي ، وتمثيل الأدوار ، والتحليل النفسي ، والعلاج الجماعي أو الجمعي ، والعلاج عن طريق العمل ، وعن طريق الإيحاء ، والعلاج السلوكي ، والعلاج النفسي والديني . إضافة إلى العلاج الكيميائي ، والصدمات الكهربائية ، وما يسمى بالجراحة النفسية في بعض الأوقات (انظر : محمد السيد الهابط ، 1989 ؛ أحمد عبد الخالق ، 1991) .

إن البيئة الاجتماعية المحيطة سواء أكانت هذه البيئة بيئة الأسرة أم المؤسسة الاجتماعية باختلاف تنظيماتها الاجتماعية ، أو حتى المجتمع نفسه هو الذي يحدد مظاهر الصحة النفسية ويؤثر عليها عند أفراد المجتمع . ولذلك فإننا نجد هناك تفاوتاً واختلافاً ثقافياً بين البيئات الاجتماعية المتعددة والتي لها دور كبير في تحديد الصحة النفسية للفرد . فالبيئة أو المجتمع الذي يقوم على مبدأ التفرقة العنصرية على سبيل المثال ضد مجموعة سكانية ، فإن مظاهر الصحة النفسية السلبية سوف تبدو واضحة وجلية لدى هذه المجموعة السكانية . فمجتمع الأمريكيين السود ومعاناتهم من الاضطهاد السياسي والتفرقة العنصرية على سبيل المثال هو أحد أبرز الأمثلة الذي من الممكن أن يجعل هذه الثقافة الجزئية في المجتمع الكلي يعاني من بعض أعراض الأمراض النفسية . يولد على سبيل المثال عدم الشعور بالرضا واختلال التوازن الانفعالي ، وعدم ثبات السلوك ، والإحباط وغيرها من مظاهر السلوك التي من الممكن أن تكون محصورة عند فئة ثقافية دون الأخرى نتيجة لوضع سياسي أو اجتماعي أو اقتصادي معين . فالاختلاف الثقافي بجميع مستوياته يولد اتجاهات ومظاهر متعددة للصحة النفسية للثقافات المختلفة .

ترتيبات السكن : وهي تلك التي تتعلق بإنشاء وبناء المسكن وكيفية تقسيماته

الداخلية الخاصة بالإعاشة . وهل يكون البيت مسكوناً من قبل أعضاء من العائلة نفسها ، أو القبيلة أو العشيرة نفسها ؟ ما عدد الأشخاص الذين يعيشون في كل منزل؟ هل هو منزل أم كوخ أم غير ذلك ؟ فهذه بطبيعة الحال أمور تساعد على انتشار بعض من الأمراض المعدية بين أعضاء المنزل الواحد إذا ما توافرت فيه الخصائص التي تشجع وتسهم في هذا الانتقال والعدوى . إضافة إلى ذلك ، ما درجات الحرارة في المنزل؟ ، أباردة أم حارة في فصول السنة المختلفة؟ . فهي مسائل بالطبع تؤثر على الوضع الصحي في المسكن (Helman, 1997) .

إضافة إلى ذلك ، أولئك الأشخاص الذين لا منزل لهم ، والذين يتخذون من الشوارع والحارات المنتشرة مكاناً ومستقراً لهم . فأوضاعهم الصحية سيئة ، ويتعرضون لأعراض مرضية متعددة وذلك نتيجة لعدم وجود مقومات المسكن الذي يؤمن لصاحبه وضعاً صحياً مناسباً . فنجد أن هناك من يعيش خارج نطاق الأسوار الأربعة التي تحيط به وتحميه من حر الصيف وبرد الشتاء وما تحمله هذه الأعراض المناخية من تأثير . ولقد تم التركيز مؤخراً على هذه الفئة بشكل كبير في الفترة الأخيرة عن طريق وسائل الإعلام المتعددة .

فهذه الفئة التي لا سكن لها homeless ، أصبحت من الفئات التي حاولت الحكومات العربية إيجاد طرق العلاج لأوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية وحتى الصحية . فلقد نشطت الدراسات الاجتماعية في أمريكا الشمالية عن هذه الفئة لإبراز وضعها الصحي بشكل أكثر تحديداً . ولقد أشارت دراسة فيشر وكادليفق Fichter and Quadflieg (1999) على سبيل المثال إلى إبراز دور هذه الفئة واستخدامها المفرط للكحوليات . فهي فئة ، على الرغم من فقرها ، تتعرض إلى

أوضاع محيطة تؤثر على سلوكياتها وأوضاعها الصحية . ولعل هناك الكثير ممن ليس لديهم سكن في أنحاء العالم الثالث يعيشون في ظل أوضاع اجتماعية معينة تؤثر على الأوضاع الصحية للفرد ، والتي ترتبط أيضاً بالوضع الصحي للمجتمع .

الوظيفة : - وهي تلك التي تتعلق ما إذا كان الرجل والمرأة يتبعان نفس نوع الوظيفة أم لهما وظائف مختلفة . وهل بعض الوظائف مخصصة ومحجوزة لأشخاص معينين أو محددين أو مجموعة معينة من المجتمع كما هو الحال في المجتمع الطبقي التقليدي في الهند وفي جنوب أفريقيا ؟ وهل بعض الوظائف لها وضع اجتماعي أعلى من غيرها من الوظائف ، والتي من خلالها تمنح المزايا الخاصة للشخص من خدمات صحية وغيرها من الأمور المادية التي تساعد على الحفاظ على وضع صحي جيد . ما الأدوات المستخدمة داخل هذه الوظيفة؟ وما درجة ارتباطها بالصحة العامة ؟ ففي الطرق التقليدية لدى المجتمعات التقليدية ترتبط وسائل الصيد سواء في البحر أو البر بمعدلات مرتفعة من حوادث الوفيات بالخطأ ، وذلك نتيجة لاستخدام بعض الأساليب الحادة في الصيد إضافة إلى الجروح أو حتى الأمراض المعدية . وكذلك الحال بالنسبة لبعض الوظائف الخاصة في المجتمع الصناعي وارتباطها ببعض درجات الخطورة مثل الأعمال الخاصة بالإشعاع النووي ، أو الإشعاعات الأخرى المختلفة أو الروائح الكيميائية المتعددة . ولذلك ، فإنه يتم صرف علاوات تشجيعية للأفراد الذين يعملون في هذه الأماكن . وكذلك الحال بالنسبة للإصابة بسرطان القصبة الهوائية عند العاملين في مجال الأصباغ وغيرها من الأمراض الأخرى التي ارتبطت بنوعية معنية من الأعمال والوظائف (Helman, 1997) .

فكثير من الأمراض ارتبطت بأعمال ووظائف معينة . ولقد سبقت الإشارة إلى أن هناك عدداً من الدراسات أشارت إلى ارتباط بعض الأمراض بالعاملين في مجال الروائح والعطور . فقد أشارت دراسة جبران ويوزال Gubrean and Usel (1987) على سبيل المثال إلى أنه ومن خلال متابعة إجمالي (٥٣٧) عامل كانوا يعملون في مصنع للعطور في جنيف خلال الفترة من ١٩٠٠ إلى ١٩٦٤ أن وفاة (١٢٧) شخصاً منهم كانت بسبب السرطان بأشكاله المتعددة ، وأن (١٨٦) شخصاً توفوا بالتحديد من مرض سرطان الرئة ، (١٧٩) حالة وفاة من جراء عمل عنيف . وأن أعلى معدلات وفاة تتزايد بتزايد عدد سنوات العمل . والذي يعني زيادة التعرض لهذه المواد . ولقد أشارت أيضاً دراسات أخرى (Sharma-Wagner et. al., 2000; Thomas, 1987; Gubran and Usel, 1987; Bubran and Raymond, 1985) إلى ارتباط حالات من الأمراض والسرطان بالعاملين في مصانع العطور والصابون والروائح المتعددة .

وفي دراسة أخرى لروبنسون وزملائه Robenson et. al. (1999) عن الوفيات بين العاملين في مصانع الكهرباء في مدينة سينسناتي Cincinati في ولاية أوهايو Ohio الأمريكية ، وجد الباحثون أن هناك زيادة في أعداد المصابين من أمراض سرطان الرئة ، وأمراض الأورام غير الحميدة ، والأمراض الناجمة عن التعرض لمادة الاسبستوس ، وكذلك التعرض للإصابات المميتة ، وخاصة تلك التي ترتبط بالكهرباء ، وتأثيرها . فالدراسة أشارت أيضاً إلى زيادة معدلات الإصابة بسرطان البروستاتا ، والأمراض الخاصة بالعضلات والهيكل العظمي ، وزيادة حالات الانتحار ، وعدم انتظام دورة الدم .

ولعل هناك أمراضاً متعددة من الممكن أن تصيب الإنسان في أثناء أدائه لعمله ، أو وجوده في وظيفته . فالتنظيم الاقتصادي كما يذكر حسين عبد الحميد رشوان (1983) مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالأمراض . فمنذ بدء الإنسان بجمعه للثمار واتخاذه بعض الأدوات البدائية للصيد ، والالتقاط ، فإنه يتعرض إلى عدد من الأمراض والحوادث مثل الهذيان ، الملاريا ، وعدد من الحوادث المتعددة . ولعل العاملين في بيئة العمل يتعرضون إلى عوامل كثيرة قد تؤثر على وضعهم الصحي . فقد يكون هناك عدم إدراك من صاحب العمل لمخاطر الصناعة المنتجة على سبيل المثال ، وقد تلعب عوامل الطبيعة دوراً مثل الحرارة والرطوبة والضوضاء وغيرها ، وقد تكون هناك أنواع من الأتربة الخاصة بالرمال ، الصخور ، السكر ، الدقيق ، أو غازات وأبخرة متصاعدة من مكان العمل ، أو بكتيريا وفطريات ، أو العوامل الاجتماعية والإدارية الداخلية مثل الراحة البدنية والراحة النفسية والأجور وعلاقة العمال بعضهم ببعض وغيرها من هذه العوامل الوظيفية المتعددة .

ولعلنا يجب أن لا نغفل أيضاً تلك العوامل الاجتماعية والنفسية التي من الممكن أن يسببها العمل ، والتي من الممكن أن يكون لها تأثيراتها المرضية النفسية على العامل كتلك الأمراض الاجتماعية النفسية المرتبطة بضغوط العمل . فبيئة العمل بشكل عام تسهم في إحداث كثير من الأمراض الصحية والنفسية والتي تؤثر بشكل مباشر على الوضع الصحي في المجتمع .

وفي دراسة حديثة قام بها ليف وزملاؤه .Leigh et. al (2001) عن الإصابات في العمل في ولاية كاليفورنيا في الولايات الأمريكية المتحدة ، ومدى ارتباطها بالتكلفة الاجتماعية المستهلكة من ميزانية الولاية ، وجدوا أن هناك أحداثاً كثيرة

ترتبط بالعمل وتكلف الميزانية مبلغاً ضخماً . فالأمراض والحوادث الخاصة بالعمل تعتبر من أبرز وأعلى المصروفات التي تقوم بصرفها الولاية . فهي مصروفات مساوية ومعادلة للمصروفات التي يتم إنفاقها على كل حوادث السرطان ، وأقل قليلاً من الإنفاق الذي يتم صرفه على أمراض القلب والجلطة الدماغية في ولاية كاليفورنيا الأمريكية ويتم تعويض المصابين جراء العمل في هذه القضية بما يعادل النصف من التكاليف . فلقد أشارت الدراسة من خلال استعراض المسح الاجتماعي القومي إلى ما يقارب (٦٦٠) وفاة مرتبطة بالعمل ، ومليون وتسعمائة وخمس وأربعين حالة إصابة غير محدثة للوفاة ، و(٧٠٧٩) حالة وفاة بسبب بعض الأمراض المرتبطة بالعمل ، (١٣٣) ألف حالة اعتلال وأعراض صحية متعددة يقدر حدوثها سنوياً في الفئة العاملة في هذه الولاية .

فالوضع الوظيفي يرتبط بشكل كبير في حدوث أمراض متعددة . ولا شك أن ولاية كاليفورنيا تعتبر من الولايات الكبيرة نسبياً في الولايات المتحدة . ونسبة العمل فيها مرتبطة بشكل كبير بوضع متنوع من الأعمال المختلفة منها ما هو إداري ، ومنها ما هو عملي ومنها ما هو حقلي يعتمد على التعرض للمخاطر بشكل أكبر من نوعيات الأعمال الأخرى . فهناك بعض الأعمال لها مخاطر صحية أكبر من أعمال أخرى . وهناك من الوظائف ما يميز بإحداث إصابات وأمراض معينة تختلف عن أعمال أخرى ، وفي مواقع عمل أخرى . ولعل من أبرز تلك الأعمال ما تعرض صاحبها إلى زيادة احتمالية الوفاة عن أعمال أخرى مثل تلك التي تم الحديث عنها بخصوص الأعمال التي ترتبط بالعمل في مصانع الروائح والزهور الكيميائية ، والعاملين في قطاع الكهرباء .

إن ذلك يعكس بلا شك اختلافات ثقافية متعددة وواسعة النطاق حول طبيعة الأعمال الموجودة والمزاولة داخل المجتمعات التي يتعدد أقطارها ، فهناك مجتمعات تصنف على أنها مجتمعات صناعية وهي بذلك ترتبط بنوعية معينة من الأعمال ، أطلق على المجتمع بأسره بأنه صناعي نتيجة لوجود هذه الأعمال المرتبطة بالتصنيع . هناك أيضاً مجتمع زراعي ، وفلاحي ، ورعوي ارتبط بطبيعة معينة من الاقتصاد والرعاية والمهن التي تتلاءم مع طبيعته . ولا شك أن هذه الأعمال واختلافها يرتبط بوضع صحي معين مرتبط بهذه الأعمال . وإذا قارنا مثلاً مجتمعات الخليج العربي بالمجتمعات الصناعية التي تعتمد على التصنيع ، فإننا نجد أن أعلى الوظائف الموجودة في المجتمعات المحلية هي تلك التي تسمى بالوظائف المكتبية ، والتي تعتمد على الجهد الذهني أكثر من اعتمادها على الجهد العضلي ، والتي تعني في النهاية أن التعرض للأخطار يتفاوت بين مجتمع لأخر وفقا للنظام الاقتصادي المتبع .

وحتى على مستوى المجتمع الواحد أو الثقافة الواحدة فإن الاختلافات الصحية تبرز وفقاً للمعطيات الوظيفية . وعلى سبيل المثال ، في المجتمع الكويتي ، يعتبر ٨٢٪ من الأعمال الحكومية هي من الأعمال الخدماتية (علي الطراح ، 1998) والتي لا تحتاج إلى جهد عضلي بينما نجد أن الأقلية تعمل في القطاع الخاص . فالأعمال الوظيفية الكتابية ارتبطت أيضاً ببعض من الأعراض المرضية المرتبطة بها ، وهي تلك التي تتعلق بارتفاع معدلات السمنة بين العاملين فيها . فمتغير المهارة الوظيفية ذو علاقة بالسمنة لدى كلا الجنسين ، الذكور والأناث في الأعمال .

الدين : - الدين يحتوي على بعض الممارسات التي من الممكن أن ترتبط بمفهوم الصحة والمرض في المجتمع . فمن الجانب النفسي ، هناك جوانب تحث على

التماسك والطمأنينة في النظرة إلى العالم ، فهي أمور تتعلق بصحة الإنسان والمجتمع . إضافة إلى وجود أنواع من الممارسات قد تتعلق وترتبط بالمرض مثل الصيام ، تحريم بعض الأنواع من الأغذية ، الأعياد ، الطهور ، الحج عند المسلمين ، جميع هذه الممارسات من الممكن أن ترتبط بأنواع محددة من الأمراض (Helman, 1997) .

فقد أشارت العديد من الدراسات إلى ارتباط الدين بالجانب المرضي . ولقد أوضحت هذه الدراسات إلى أن المعتقدات والممارسات الدينية لها علاقة بالصحة العامة للإناث . فالأدبيات أشارت إلى أن الدين يرتبط إيجابياً مع السلوك الصحي ، والوضع الصحي ، والذي يؤثر في النهاية على طول أمد الحياة بالنسبة للإنسان (King, 1990) . وذلك نتيجة للوضع الصحي الذي يتمتع به كما أشارت إليه العديد من الدراسات ووضحها كنيج King في مراجعته لهذه الأدبيات .

ولقد أشارت بعض الدراسات أيضاً إلى اعتبار التدين سبباً في الوقاية من أعراض الاكتئاب (Koenin et. al., 1998; Husaini et. al., 1999) ، وكذلك التخفف من أعراض القلق (Duff and Hong, 1995; Thoroson et. al., 1997) . وهذا ما يعكس ارتباط التدين وتأثيره المباشر على الأعراض النفسية التي تنتشر بشكل كبير في المجتمعات المتحضرة . فالدين يعمل على تخفيف حدة هذه الأعراض النفسية بالوقاية منها ، ومن ثمّ فإنه من البديهي أن نجد تفاوتاً بين المجتمعات أو حتى المجتمع الواحد في درجة التدين .

وأشارت عدة دراسات أيضاً إلى ارتباط درجة التدين بأمراض عصرية مزمنة

مثل مرض ضغط الدم . فهناك علاقة وثيقة بين درجة التدخين وارتفاع معدلات ضغط الدم في عدة مجتمعات كما أوضحتها عدة دراسات تناولت هذا الجانب المهم ، والذي قد يكون له ارتباط بأحداث أمراض خطيرة مميتة مثل الأمراض الخاصة بشرايين القلب . فالالتزام بالدين ، والالتزام بالتعاليم الأخلاقية للدين له مردود إيجابي بالنسبة للوضع الصحي المرتبط بارتفاع ضغط الدم ومن ثم أمراض شرايين القلب كما أوضحته هذه الدراسات (Levin and Vanderpool, 1998; Offili et. al., 1999; Brown, 2000) . وفي دراسة محلية حديثة قام بها يعقوب الكندري Al-Kandari (In Press) لإيجاد العلاقة بين معدلات ضغط الدم ودرجة التدين في المجتمع الكويتي . فقد أوضحت الدراسة أن الانتماء إلى المؤسسات والتنظيمات الدينية يرتبط مع انخفاض في مستوى ضغط الدم ، إضافة إلى أن أداء الصلوات المفروضة في المسجد بالنسبة للرجال ، وقراءة القرآن ، وأداء صلاة الفجر في موعدها أيضاً يرتبط بانخفاض في معدلات ضغط الدم الإنبساطي والانقباضي .

ولعل ذلك يشير بصورة مباشرة إلى تأثير الدين على الحياة الاجتماعية بشكل عام ، وعلى المستوى الصحي للفرد بشكل خاص . فالتدين والالتزام بالأخلاقيات والتعاليم الدينية ترتبط بشكل مباشر مع الصحة والمرض . فالتدين هنا يحث على بعض الأخلاقيات مثل السماحة ، واحترام الآخرين ، والمحبة ، والتراضي ، والتواصل ، وحب الغير وغيرها من المفاهيم التي من الممكن أن تعزز من الجانب النفسي والطمأنينة للإنسان ، والذي يقابله درجة من الاستجابة الفسيولوجية لهذا الجانب النفسي المهم . فالجوانب السيكولوجية تؤثر بشكل مباشر على الفرد وهيئته

الفسيولوجية . فالاختلافات في هذا العنصر الثقافي المهم يقابله تفاوت في المستوى الصحي في الثقافة العامة ، وفي الثقافات الفرعية .

الضغوط الثقافية على الأجيال :- وهي تتعلق بالضغوط الثقافية المحيطة بالإنسان ، فهناك كثير من القيم الثقافية والأهداف ، المعايير ، السلطة وما تحتويه من مكانه اجتماعية ، المحرمات ، التوقعات الثقافية كل هذه ترتبط بالصحة العامة للإنسان . فهل هذه الأمور يستطيع الإنسان أن يتماشى معها أم أنها من الأمور التي تثير الغضب والسخط . هل الثقافة تعزز من النوع الذي يتصف بالعمل الدائم أو أنها مريحة في أنشطتها الحياتية اليومية . إضافة إلى ذلك ، ما العلاقة بين الأجيال ؟ هل هي علاقة تفاهم أو صدام ؟ ما التوقعات الاجتماعية للأبناء والتي تختلف عن توقعات آبائهم وأجدادهم ؟ هذه الأمور ترتبط كما سبقت بالإشارة بالصحة العامة للفرد داخل المجتمع الذي ينتمي إليه (Helman, 1997) .

وعن الصراع بين الأجيال ، يعتبر كارل مانهايم Karl Mannheim وهو من أوائل الذين أشاروا إلى ما يسمى بالوحدة الجيلية ، والتي تعتبر ركناً مهماً في إبراز مشكلة ما تسمى بالفجوة بين الأجيال (السيد عبد العاطي السيد ، 1997) . ولعل من أهم النظريات التي تحدثت عن الفجوة بين الجيلين هي ما يسمى بنظرية الصراع التي تنظر إلى الحياة بوجود نوع من التضارب في المصالح الفردية ، وتحدث تغيرات حتمية في هذه الحياة نتيجة لهذا التضارب والصراع الذي يدمر التوازن القديم ، وينتج توازنات جديدة تنتج بدايات لخلافات قوية (عفاف عبد العليم إبراهيم ، 1995) .

وعلى حد زعم بارسونز ، إن حدوث عراقيل في التواصل الداخلي المتبادل ، مثل تلك العراقيل بين جماعات سلالية مختلفة ذات ثقافات متباينة ، تؤثر على التنشئة الاجتماعية (علي محمد مكاوى ، 1990) . ولا شك أن ذلك يحدث تأثيرات متعددة داخل النطاق الأسري ، فالوضع الأسري المستقر والذي يعتمد على التسامح في الحوار بين جميع أطراف الأسرة كباراً وصغاراً ، ورجالاً ونساءً فإن ذلك يولد بلا شك جواً نفسياً صحياً ملائماً . وهذا ينعكس على الثقافة الكلية في المجتمع نفسه . كما يرتبط الاستقرار النفسي بالنظام القيمي السائد في المجتمع وطبيعة العلاقة بين الجيلين . هل هي قائمة على الاحترام والتقدير والتمجيد والود والاعتزاز بفئة كبار السن؟ وهل تتلقى هذه الفئة الرعاية الكافية والملائمة من قبل المجتمع أم أنها على العكس؟ وما مستوى التفاعل؟ وما الأدوار التي يسمح بها المجتمع لهذه الفئة أن تؤديها وتشارك فيها؟ فوجود دور لهذه الفئة في المجتمع بعد تجاوز هذه المرحلة ينعكس بلا شك على الصحة النفسية لهذه الفئة .

وفي هذا الجانب بدأت الكثير من دول العالم المتقدم تجد أو تصمم حلقة تواصل وتفاعل بين الجيلين من خلال إنشاء مراكز لخدمة المسنين ، يكون من أهم أهدافها خلق هذا النوع من التواصل والالتقاء بين الجيلين . وهي بطبيعة الحال تعكس أهمية قصوى للفئتين على حد سواء . فتتلقى وتستفيد فئة الشباب من خبرة المسنين والذين ينقلون لهم التراث الذي يكون جسراً ورابطاً بين الجيلين ، كذلك ينقل القيم الحميدة للمجتمع من جهة ، ويستفيد المسن من هذه الفئة في تلقي الجديد من فئة متواصلة معه ، ويمكن أن يحصل ذلك بسهولة وسلامة إذا ما تم في جوّ صحبة وجو مؤسسي يقدم خدماته بطرق علمية حديثة .

حالات المهاجرين :- ولعل واحدة من أبرز القضايا التي ترتبط بالصحة العامة والتي أُفردت لها دراسات متعددة هي الوضع العام للمهاجرين في المجتمع الجديد ، ومدى تأقلمهم مع طبيعة الحياة الاجتماعية الجديدة . وهنا يجب التمييز بين عدة أمور خاصة بالمهاجرين . فهل كانت الهجرة ، على سبيل المثال ، جاذبة أي هجرة تطوعية ، أم أنها هجرة طاردة أي غير تطوعية وإجبارية كحال المهاجرين من اللاجئين الذين ينتقلون من مجتمعهم وثقافتهم إلى مجتمع جديد بثقافة جديدة بغير محض إرادتهم . إضافة إلى ذلك ، هل تولد للمهاجرين - مهما كانت نوعيتهم- تكيف اجتماعي ثقافي للمجتمع الجديد أم لا ؟ هل تم تكيف في السلوك ، الغذاء ، اللغة ، الملبس وغيرها من الأمور ؟ هل أصبح المهاجرون عرضة التفرقة العنصرية أو العرقية أو إلى الاضطهاد بواسطة المجتمع المضيف ؟ هل البناء الأسرى الخاص بهم بقى نفسه ؟ هل وجدوا مشكلة في ممارستهم الدينية ؟ وما نظرة المجتمع المضيف إلي المهاجرين ؟ هذه جميعها عوامل متعددة ارتبطت بكثير من الأمراض المتعددة الموجودة في المجتمعات التي استضافت جماعات سكانية من أماكن مختلفة (Helman, 1997) .

ولعل من أبرز الدراسات في هذا الجانب والتي تم الحديث عنها سابقاً دراسة هازودا وزملائه .Nazuda et. al (1988) ودراسة حسون (1999) عن المهاجرين وطرق اندماجهم في المجتمع الأمريكي . فتحدث هازودا عن الأمريكان المكسيكيين والتشابه الثقافي مع المجتمع الأمريكي ، وتحدث حسون عن العرب المهاجرين وتشابههم الثقافي مع هذا المجتمع ، والذي انعكس في النهاية على أوضاعهم الصحية بشكل عام . ولقد تم تفصيل ذلك في مواقع متفرقة من هذا الكتاب .

فالهجرة وما تحمله من قضايا ثقافية لها ارتباط بالوضع الصحي المسيطر في المجتمع . فالمهاجرون يرتبطون بأوضاع صحية تكون شبيهة في كثير من الأحيان بالأوضاع الصحية للمجتمع الضيف ، وذلك في حالة اندماجهم في هذا المجتمع . وكذلك الوضع الثقافي يخلق فروقاً صحية في حالة وجود عدم مساواة ثقافية داخل المجتمع .

السفر الموسمي :- أيضاً يعتبر من العوامل الثقافية التي تساعد على حدوث الأمراض و انتشارها . وهي سفرات أو رحلات معتادة أو موسمية تكون سياحة ، أو حجاً ، أو كرحلات البدو ، أو الرحلات الخاصة بالعاملين والموظفين . فهناك رحلات تتصف بأنها جماعية مثل رحلات وتنقل البدو ، ورحلات تأخذ الطابع الشخصي أو الوحدات الاجتماعية الصغيرة كالأسرة ، مثل رحلات وتنقلات الراغبين للعمل أو للسياحة . هناك حالات مرضية يمكن أن تتم بواسطة السفر ، مثل انتشار التهاب الوباء الكبدي مثلاً وبعض الأمراض المعدية في أثناء رحلات الحج ، وكذلك المعدلات العالية من شرب الكحوليات ، ووباء الإيدز الذي يحدث بالسفر عند ممارسة الرذيلة في بعض الأماكن وغيره من الأمراض الأخرى (Helman, 1997) .

ولعل أحد أبرز الأمثلة المهمة الرحلات الدائمة التي يقوم بها المسلمون عادة هي تلك التي تتعلق بأداء فريضة الحج والعمرة ، وزيارة الحرم المكي والنبوي الشريفين المتكررة . ولا شك أن مخاطر التعرض إلى أمراض متعددة يعتبر أمراً وارداً ومنتشراً في ظل التزاحم الشديد أثناء تأدية هذه الفرائض . فالجمع الكبير والحشود المتعددة من ثقافات وجنسيات وأقطار متعددة قد تحمل معها بعض الأمراض المعدية

نتيجة لهذا الاتصال والاحتكاك المستمر . وعلى الرغم من الإجراءات الطبية المشددة فإن ذلك لا يمنع من حدوث كثير من هذه الأمراض المعدية والتي تنتقل من شخص لآخر .

وتشير الدراسات من هذا الجانب على سبيل المثال إلى ارتفاع حالات الإصابة بمرض السحايا المميت على الرغم من التحسن في الخدمات الطبية (Mawr Morb Mortal Wkly, 2001k Memish, 2002; Moore et. al., 1986) ، إضافة إلى انتشار حالات من البكتيريا والفيروسات المتعددة ((El-Sheikh et. al., 1998 ، وضربات الشمس (Khogali, 1983; Mustaf et. al., 1985; Yaqub et. al., 1986; Yaqub, 1987) . وقد أشارت إحدى الدراسات إلى ارتفاع حالات الإصابة والجروح في أثناء أداء مناسك الحج . فيشهد هذا التجمع فرصة كبيرة لحدوث حوادث متعددة مثل حوادث متعلقة بالمناسك نفسها داخل الحرم ، أو حوادث الطرق المزدحمة دائماً ، والتي تعتبر النسبة الأعلى ، أو حوادث أخرى متعلقة بطقوس الأخرى (Al-Harthi and Al-Harbi, 2001) .

فالانتقال من مقر الإقامة إلى أماكن أخرى قد يعرض الإنسان إلى بعض الأمراض التي تحدث نتيجة لوضعية ثقافية معينة ومحددة داخل المجتمع المستقبل لهؤلاء المسافرين . فالظروف المعيشية والوضع الحياتي المعتاد هو الذي يخلق أو يحدث نوعية معينة من الأمراض . فالسفر إلى مكان مكتظ سكانياً كما هو الحال في الحج يولد نوعاً من الأمراض المرتبطة مع الحالة السكانية المزدحمة ، والسفر إلى بعض البلدان الأفريقية على سبيل المثال والتي تنتشر فيها بعض من الأمراض المعدية ، فإن انتقال هذه النوعية من الأمراض للمهاجرين أو المسافرين لها سوف

يرتبط بهذه النوعية من الأمراض . والبلد الذي ينتشر فيها البغاء والدعارة فإن أعراض الأمراض مثل الإيدز قد تنتقل إلى المسافرين . فالبلد المضيف هو الذي يتحكم في نوعية المرض ، وحتى درجة خطورته والذي يعتمد في النهاية على الوضع أو الخلفية الثقافية لهذا المجتمع .

استخدام المنبهات أو المكيفات الكيميائية :- وهي ترتبط بالقيم الخاصة بالثقافة ، والتي ترتبط مع التدخين ، الكحول ، الشاي ، القهوة ، النشوق (بودرة من التبغ تؤخذ بواسطة الأنف) ، مخدرات ، أدوية ، حبوب الهلوسة ، استخدام الحقن الخاصة بالمخدرات ، وخاصة ما هو منتشر عند المدمنين وذلك باستخدام الحقنة الواحدة لعدة أشخاص مدمنين آخرين ، أمر ارتبط بشكل مباشر مع حدوث وانتشار لكثير من الأوبئة (Helman, 1997) .

ولعل من أهم الأمراض الوبائية التي من الممكن أن يسببها تعاطي المخدرات هي التهاب الكبد الفيروسي من نوع (B) نتيجة لتعاطي الهيروين بالوريد الذي يؤدي إلى تليف كبدي ، ومن ثم يتعرض لسرطان الكبد ثم الوفاة ، إضافة إلى مرض الإيدز الذي من الممكن أن ينتقل عن طريق الحقن بإبر الهريوين . ومن الممكن أيضاً أن تنتقل الميكروبات بواسطة الحقن أو المادة المغشوشة إلى الدم ، ويمكن أن تنتقل إلى القلب فتصيبه ببعض الأمراض وتحطم بعض الصمامات القلبية . إضافة إلى ذلك من الممكن أن تنتشر بعض الأمراض الأخرى مثل الملاريا ، ومرض الزهري (محمد علي البار ، 1998) .

إن هذه الأمراض بلا شك ترتبط بعملية التعاطي ، فعملية التعاطي بحد ذاتها

تختلف في حدتها ، ومقدارها ، وأيضاً بانتشارها من مجتمع لآخر ومن ثقافة لأخرى . فهناك بعض البلدان تسمح بتعاطي بعض المواد المخدرة ، وهناك من يمنعها تماماً ويحرمها تحريماً مطلقاً ، والشواهد كثيرة في هذا الجانب إضافة إلى ذلك ، الموقع الجغرافي يلعب دوراً مهماً في عملية الانتشار نفسها . فالكويت على سبيل المثال ، تقع بين ثلاثة أضلاع رئيسية لتوريد وتصدير المخدرات وهي باكستان وأفغانستان وإيران ، والتي تعزز من وجود هذه المادة بشكل كبير وانتشارها وأن تجد هذه المنطقة مناسبة لتكون سوقاً لترويجها وتداولها . فاستخدام هذه المواد وتعاطيها يختلف ثقافيا من مجتمع لآخر .

إضافة إلى ذلك ، فهناك العديد من العوامل الاجتماعية والثقافية المختلفة والمتعددة التي تؤدي إلى اتجاه الفرد نحو التعاطي . فقد ذكرت عدة دراسات هذه العوامل والتي يمكن ذكر بعضها كأصدقاء السوء ، وضعف الوازع الديني ، التفكك الأسري ، وسوء استغلال وقت الفراغ ، توافر المادة والترف ، والرغبة في حب الاستطلاع ، والهروب من الهموم ، وغيرها . من هذه المشكلات ، إضافة إلى ذلك ، فإن العامل الاقتصادي يلعب دوراً مهماً أيضاً ، وكذلك القضية المرتبطة بالعمر عند بداية التعاطي والتي غالباً ما تنتشر عند فئة الشباب بالتحديد ، وإن تعاطي الجرعة الأولى يكون في الأعمار الصغيرة أو في أعمار الشباب والمراهقة (انظر : حمود القشعان ويعقوب الكندري ، 2002 ؛ علاء الدين كفاني ، 1994) .

وبطبيعة الحال فإن مثل هذه العوامل تتفاوت وتخلف من مجتمع لآخر ، وتلعب الظروف والقوانين الاجتماعية والرسمية دوراً مهماً في تحديدها . ولاشك

أن القضية لا ترتبط فقط بعملية تعاطي المخدرات والمسكرات فقط ، إنما تمتد لتشمل التفاوت الثقافي في استخدام المكيفات والمنبهات مثل الشاي والقهوة والتي تحتوي على كمية من الكافيين . فهناك مجتمعات تعتبر تناول الشاي والقهوة من الأمور اليومية الضرورية والمهمة ، وتشكل عادة لا يمكن الاستغناء عنها في المناسبات وفي أوقات محددة من اليوم . وهناك من المجتمعات من يتميز بنوعية معينة من الشراب التي تميزه عن غيره مثل القهوة الأمريكية ، أو التركية أو الفرنسية . فهذه أصبحت جزءاً من تراث هذه المجتمعات .

طرق وأساليب المعالجات الشخصية غير المتخصصة :- وهي تشتمل كل المعالجات التي تستخدم بواسطة العوام من الناس أو الأشخاص الذين يسمون المهنيين الشعبيين ، والتي تشمل معالجتهم بأنواع من الأعشاب على سبيل المثال ، أو أدوية مبتكرة ، أو أغذية معينة ، أو معالجات جسدية ، أو حقن وغير ذلك من الأمور التي يستخدمها كثير من المهنيين . وهناك بعض الطقوس والممارسات التي تتم عبر جمع من الناس وتكون في بعض منها مختلطة والتي من الممكن أن تلعب دوراً في انتشار بعض الأمراض المعدية . وهناك معالجات أخرى تتم عن طريق الوخز بالإبر مثلاً . التي يمكن أن تنقل بعض الأمراض مثل مرض الالتهاب الكبدي وبعض الأمراض المعدية .وقد يكون هناك معتقد معين حول عدم الأخذ بكثير من الأدوية الطبية مثل أدوية المناعة أو الأدوية الخاصة بالمضادات الحيوية ، وهي جميعها تؤثر وترتبط بالصحة (Helman, 1997) .

ولعل أبرز ما تظهر فيه هذه الطرق والأساليب والمعالجات الشخصية غير المتخصصة هو ما يسمى بالطب الشعبي . أي : امتهان البعض لأمور التطبيب

والعلاج . ولا شك أن الطب الشعبي في كثير من الأحيان يبنى على أسس علمية عند الكثير فهو قد «يمثل صورة أولية للطب ، وإن لم ينطلق من الإطار التصوري للطب الحديث . وقد أشار هوجز Huges إلى أن الطب الشعبي لم يعد بمعزل عن الطب الحديث ، والدليل على ذلك أن المعالجين الشعبيين في الفلبين يرجعون مرض السل TB إلى سبب طبي أو ميكروب . وفي (المجتمع) المصري يستخدم المعالجون الشعبيون أدوات طبية حديثة ، ويصفون أدوية حديثة ، ويحيلون بعض الحالات إلى الأطباء المتخصصين ، ويقيمون علاقات مع بعضهم أحياناً كثيرة» (علي محمد مكاوى ، 1988 : ص ص ٣٨٨-٣٩٩ - نقـلاً عن على مكاوي ، 1994 : ص ص٢٧-٢٨) . إضافة إلى أن هناك علاجات شعبية أدخلت في مجال الطب الحديث ، وهي تلك التي تسمى بالطب الصيني والممارسة في أقطار متعددة .

فهناك من الطرق العلاجية تلك التي تتعلق بالوخز بالإبر ، وحرق الجلد بالعشبية المخففة التي تسمى «بالموكسا» وما يسمى «بالحجامة» ، و«التدليك الضاغط» (ضغط على أماكن الألم) وطب الأعشاب الصيني ، والحمية العلاجية ، وما يسمى بتمارين الكيغونغ (تمارين حركية ، كونية ، تنفس ، تأمل) (نلسون باكرد ، د .ت) . إضافة إلى استخدام كثير من الأعشاب في العملية العلاجية . فهناك كثير من الأعشاب تسمى بالأعشاب الطبية ، والتي من الممكن أن تكون مناسبة لعملية التطبيب والمعالجة (أنظر : نباتات الكويت الطبية ، 1984) .

ولكن الإشكالية التي تقع هنا مزاولة هذا الطب الشعبي وتقديم العلاجات غير المتخصصة ومن قبل العوام من الناس ، فعدم التخصص وتقديم العلاج الخاطىء قد يؤدي بشكل كبير إلى إحداث بعض الأمراض ، أو تضاعف المرض عن حالته

الأولى والتي من الممكن أن تودي بحياة الإنسان في بعض الأوقات ، وتعرضه للخطر إذا ما تم استخدام هذه الوسائل غير المتقنة وغير التخصصية .

وهناك الكثير ممن يلجأ إلى أساليب أخرى مثل السحر ، فهي أيضاً وسيلة من الوسائل العلاجية التي يبحث عنها البعض وتزاولها مجموعة من الناس . وتذكر سامية حسن الساعاتي (1982) ، مجموعة من المفاهيم المتعلقة بالوسائل والإجراءات السحرية في المجتمع ، والتي تتمثل في :

١- التعويذة : وهي عبارة عن الكلمات المفهومة أو غير المفهومة المكتوبة وتعلق بجسم الشخص أو بالقرب منه أو مكان قريب من عدوه حتى يتغلب عليه .
٢- الحجاب : وهي ورقة يكتب عليها بحبر أحمر أو أخضر ، وتوضع في جلد ، وتعلق في الرقبة .
٣- التحويطة : وهو حجاب للوقاية من أي عمل سحري ضار بالإنسان .
٤- الرقية : وهي تعويذة تستخدم ، بحيث يؤخذ طرف من ثوب صاحب العين مثلاً وتحرق في النار .
٥- العين : إذا رفت العين اليمنى فهي بشارة بالتفاؤل واليسرى بالتشاؤم .
٦- الحسد : وهو الاعتقاد بأن هناك أذى من الممكن أن يحدث بواسطة العين ، وتستخدم بعض الطقوس من بخور وأحجبة للوقاية من هذه العين .
٧- الاستخارة : وهي التنبؤ بالغيب من خلال بعض الممارسات مثل البحة ، أو استخدام المصحف بالاستفتاح وغيرها .
٨- الربط : وهو من الأعمال السحرية التي تعوق الرجل عن الممارسة الجنسية .

هذه بعض من المفاهيم المتعلقة بالإجراءات السحرية التي يقدم عليها الكثير

من الناس ، وتجد من يقوم بممارستها . ولاشك بأنها مسائل ثقافية متباينة وترتبط بطبيعة المجتمع ودرجة تعليمه والثقافة التي نشأ من خلالها ، حتى إن بعضاً منها يكون منتشراً في بعض الثقافات بصورة أكبر من غيرها . فعلى حد زعم سامية الساعاتي (1982) بأن الحجاب على سبيل المثال اشتهر به العوام من المصريين والمغاربة من أهالي تونس والجزائر ومراكش . وقد يكون ذلك غير معروف في ثقافات أخرى أو تنتشر وسائل أخرى في ثقافات مختلفة . فتختلف أساليب التعلم باختلاف أساليب التنشئة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من أسرته والمجتمع .

وفي كثير من المجتمعات المحلية الحالية في مجتمعات دول الخليج العربي بالوطن العربي والمجتمعات المسلمة بشكل عام يلجأ الكثير من الناس الذين يشعرون بالإصابة بالسحر أو المس أو حتى يشعروا ببعض الآلام أو بعض الأمراض ، إلى المعالجين عن طريق القرآن الكريم . وإن كان هذا يعتبر مبحثاً كبيراً ويحتاج إلى دراسة اجتماعية وشرعية متعمقة ، إلا أن ذلك لا يمنع كون هذا النوع من الممارسة يرتبط بالجوانب الخاصة بالمرض عند الإنسان المتردد على هذه الأماكن . وهناك من يلجأ ويفرط في المعالجة الروحية ، ويبتعد عن الأسباب والمعالجات الصحية الطبية التي ترتبط بالموضوع . والذي قد ينجم عنه عواقب صحية مرضية ومضاعفات في كثير من الأوقات .

ولا شك أن العلاج بالقرآن الكريم كما يعتقد ويؤمن المسلمون بأنه علاج نافع وفيه شفاء من الأمراض كما جاء في قوله عز وجل ﴿ **وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا** ﴾ (الإسراء : ٨٢) . ولذلك يلجأ كثير من الأشخاص إلى العلاج بما يسمى بالرقية الشرعية . ولعل هناك

أنواعاً من الرقية تصنف بين حلال وحرام . فالرقية الحلال هي تلك التي كانت مأثورة عن النبي صلى الله عليه وسلم ، وتكون بالدعاء المباح والنفث باليدين والمسح بها ، ومنها ما هي محرمة وتحتوي على شرك . فهناك أيضاً اختلاف وتباين في فتاوى أهل العلم (انظر : فتحي الجندي ، 1995) .

إن الإشكالية الأساسية تكمن فيما سبق ذكره في لجوء كثير من الناس إلى الاسترقاء بالقرآن وترك الجوانب الطبية والعلاجيات العلمية . ولقد أكد كثير من علماء الدين على هذا الجانب وعلى ضرورة أن يتم التواصل المستمر مع الأطباء والمختصين مع الأخذ بالعلاج القرآني والأحاديث التي وردت في هذا الشأن . لا شك أن هناك انتشاراً كبيراً في الوقت الحالي في المجتمع المحلي لما يسمى بعيادات المعالجات الروحية أو عيادات القرآن ، ويتوافد عليها العديد من الأفراد من ذكور ونساء . وهناك حاجة ماسة لدراسة مثل تلك الظاهرة ودراسة أبعادها الاجتماعية المتعددة وتأثير عمليات التغير الاجتماعي والتحديث في هذه المجتمعات المحلية .

إضافة إلى ذلك ، فهناك العديد من العوامل الأخرى التي ذكرها هلمان Helman (1997) والتي أوضحت تأثير بعض الممارسات الثقافية على الأوضاع الصحية . فقد أشار على سبيل المثال إلى عادات الدفن ، وهل تحرق الجثة أم أنها تدفن بعد موت الشخص ؟ وهل يتم ذلك بسرعة أو بعد مدة لكي يصل الناس وتعرض عليهم ، كل ذلك يمكن أن يساعد على انتشار بعض الأمراض المعدية . وما موقع الدفن؟ هل هو قريب من مواقع السكن ؟ أو الغذاء والشراب أم لا ؟ . وقد أشار إلى قضاء وقت الفراغ وتأثيره . وهي هل يملأ بأشكال متعددة من الرياضة ، والترفيه أو التنزّه والسياحة . هل هذه الأمور ترتبط بتمارين رياضية أم لا ؟ هل هي

تنافسية أم لا ؟ وهل هي مرتبطة مع عوامل خطرة تؤدي إلى الأمراض أو الجروح أو لا . وعلى مستوى آخر خاص بأوقات الفراغ ، أشارت دراسة كرسبو وزملائه Crespo et al. (2001) إلى أن عملية التكيف والاندماج الثقافي ارتبطت بعملية الاستغلال المناسب لوقت الفراغ ، فقد أوضحت الدراسة إلى أن الأمريكيين المكسيكيين زادت معدلات ممارستهم للرياضة في أوقات الفراغ مقارنة مع درجة اندماجهم . بمعنى أنه كلما زادت درجة اندماجهم في المجتمع الأمريكي ، زادت مزاولتهم للرياضة في أوقات الفراغ . وهي بلا شك قضية تعكس التفاوت الثقافي لممارسة الرياضة في هذا المجتمع ، والتي تنعكس في النهاية على الوضع الصحي .

إضافة إلى أنه أشار إلى الترتيبات الخاصة بحفظ السلامة العامة ، وهي تلك التي تختص تحديداً بالتدابير التي تتم وتستخدم إزاء التخلص من القاذورات والنفايات الإنسانية بمختلف أشكالها ، من يقوم بحمل هذه النفايات ومن المسئول عنها ؟هل تحرق بالعادة ؟ أين أماكن وجودها؟ هل هي قريبة من المسكن ؟ قريبة من مصادر التغذية ؟ أو مصادر المياه ؟ .

وأخيراً أشار هلمان إلى تأثير الحيوانات والطيور المنزلية على الوضع الصحي داخل الأسرة ، وهي ترتبط بطبيعة الحيوانات المستخدمة وعددها . هل هي ماشية أم حيوانات مدللة أليفة Pets (كالقطط والكلاب مثلاً) ؟ هل هي موجودة داخل المنزل أم أنها خارجه؟ وما درجة الاتصال بين الأشخاص وهذه الحيوانات؟ هناك كثير من الأمراض ارتبطت بوجود الحيوانات المدللة المنزلية على سبيل المثال .

هذه القائمة تعتبر بعضاً من العوامل الثقافية ، والتي تعتبر جزءاً من عوامل

ثقافية أخرى متعددة ، وهي التي لها ارتباط كبير ومباشر ، ويمكن أن تكون سبباً في حدوث الأمراض الوبائية وانتشارها . إن كثيراً من هذه العوامل الثقافية من الممكن أن تتوافق مع بعضها بعضاً على أنها عوامل مجتمعة ، وتكون عاملاً مسبباً لحدوث حالات مرضية معنية ، مثل الوضع أو الحالة الاقتصادية للفرد أو الأسرة ، الوظيفة ، استخدام المكيفات والمنبهات الكيميائية ، والتفضيلات الخاصة بالغذاء وغيرها من الأمور . بعض هذه العوامل يمكن أن يكون سبباً مرضياً للفرد ، وتكون عناصر أخرى سبباً لحمايته من بعض أنواع الأمراض . أشارت الدراسات إلى أن سرطان الحنجرة في شنغهاي الصينية يعتبر من أحد أهم مسبباته تدخين السجائر بالنسبة للجنسين ، وتناول كميات من الملح الخاص بالسمك واللحم المحفوظ . وعند الرجال ، إضافة إلى ذلك تعرضهم أيضاً إلى كميات من غبار الاسبستوس البارد ، والذي تعتبر عاملاً خطراً أيضاً يضاف للعوامل الأخرى . فهي عوامل متعددة ساعدت في انتشار مثل هذا المرض في هذه المدينة ، والتي تعتبر عند الرجال أكثر منها عند النساء وبنسبة ٨٦٪ للرجال ، و٥٤٪ للنساء لحالات السرطان الأخرى . وعلى النقيض من ذلك ، إن عملية تناول كميات كبيرة من الثوم ، والفواكه (وبوجه التحديد البرتقال ويوسف أفندي) ، وكذلك كميات محددة من الخضار الصفراء والخضراء الداكنة تحمي هذه المجموعات من التعرض إلى هذا النوع من السرطان (Helman, 1997) .

ومن جانب آخر ذكر علي محمد مكاوى (1994) بعض المظاهر الاجتماعية والثقافية في علم الوبائيات التي ترتبط بالايكولوجيا تختلف هذه المظاهر بتأثيرها على الأمراض وأسبابها وتوزيعها بين السكان باختلاف السن ، والجنس ، والمهنة ،

والطبقة والعرق ، والذي أشار إليه مكاوي على الوجه التالي :-

(١) الاختلافات العمرية : وتشير الاختلافات العمرية إلى أن نسبة حدوث العدوي المتكررة في سن الطفولة والنمو المبكر تكسب الإنسان مناعة تقلل من احتمالات إصابته بهذه الأمراض في الكبر .

(٢) الاختلافات النوعية : تلعب العوامل البيولوجية دورها الواضح في نسبة الوفاة بين الذكور والإناث ، مع توقع حياة أكثر للإناث . فالثقافة السائدة يمكن أن تتسبب بأمراض محددة بين الجنسين كما هو الحال بالنسبة للمرأة البدوية المعزولة في الخيام في النيجر التي لا تتعرض للشمس ، والتي من الممكن أن تصاب بمرض لين العظام .

(٣) الاختلافات المهنية : وقد تم التطرق إليها بشيء من التفصيل عند الحديث عن تأثير الوظيفة والمهنة على الصحة والمرض وكيفية ارتباط أنواع محددة من المهن بأمراض معينة .

(٤) اختلافات المكانة والعرف : لا شك أن ظروف المعيشة تفرض نوعية من الأمراض المرتبطة بسوء التقدير على سبيل المثال ، وظهور بعض الأمراض العصرية المزمنة باختلاف العرق والطبقة الاجتماعية ، وقد سبق توضيح ذلك بتفصيل .

(٥) اختلافات المجتمعات المحلية : فهناك اختلاف بين المجتمعات الريفية والحضرية والتقليدية في حدوث بعض الأمراض المحددة . قد لعبت عوامل التحديث أيضاً دوراً مؤثراً في حدوث نوعية معينة من الأمراض مثل ارتفاع ضغط الدم على سبيل المثال (ص ٢٥-٢٧) .

فالثقافات وفقاً لذلك تختلف من مجتمع لآخر ، وحتى في نطاق الثقافة الواحدة ، تدخل الثقافات الفرعية في خلاف وتباين ينعكس في نهاية الأمر على الصحة والمرض في المجتمع . فالمرض بشكل عام يحدث نتيجة لعدة عوامل ثقافية مسؤولة ، ويحدث أيضاً نتيجة لسلوك أنساني مسؤول عن انتشاره . ولذلك ، قام هذا الارتباط بين الثقافة وعلم الإنسان من جهة ، وعلم الأوبئة من جهة أخرى . فانتشار أي مرض من الأمراض مرتبط بعوامل ثقافية مسؤولة . ودور العوامل والمحددات الثقافية في انتشار حدوث الأمراض كبير ومؤثر وفعال . ولا يمكن فصلهما عن بعضهما البعض .

الفصل السادس

تأثير الضغوط الاجتماعية والنفسية على الصحة والمرض في المجتمع الحديث

The Effect of Social and Psychological Stress on Health and Diseases in Modern Society

الفصل السادس

تأثير الضغوط الاجتماعية والنفسية على الصحة والمرض

The Effect of Social and Psychological Stress on Health and Diseases in Modern Society

طبيعة الضغوط الاجتماعية والنفسية :

لا شك أن الضغوط الاجتماعية والنفسية أحد أبرز العوامل الثقافية التي ترتبط بقضيتي الصحة والمرض . ولقد تم درس هذا الموضوع بشكل مستقل ، لما يمثله من أهمية قصوى في إحداث المرض عند المجتمعات كافة . ولا شك أيضاً أن هذه الضغوط الاجتماعية النفسية ظهرت للإنسان على مر حياته على وجه الأرض . فالضغوط التي يمر بها الإنسان موجودة مع وجوده وملتصقة به أينما كان ، ولعل من أبرز ما يميز المجتمعات الحديثة زيادة هذه الضغوط على الإنسان . فالتأثيرات البيئية المحيطة به قد تزايدت وتلك نتيجة طبيعية لزيادة المعطيات البيئية حول الإنسان وتأثيرها عليه . وقبل الدخول في تفاصيل عن هذا الموضوع ، يفترض بداية أن نحدد طبيعة هذه الضغوط ، ومن ثم الدخول في تفاصيل تأثيرها على قضيتي الصحة والمرض .

ولعل مصطلح الضغط النفسي قد بدأ بالظهور بواسطة هانس سيليا Hans Selye ، وبالتحديد في سنة ١٩٣٦ . وبعد هذا التاريخ بدأت الأبحاث والأوراق العلمية تقدم وتعرض لهذا المصطلح . فلقد تجاوزت هذا الأبحاث والأوراق التي

تحدثت عن هذا الموضوع إلى ما يقارب مائة ألف ورقة . ولقد أشار سيليا Selye إلى الضغط النفسي يمثل بالأساس استجابة عامة من الكائن الحي للمعطيات البيئية ، والضغط النفسي عنده عبارة عن ميكانيكية نفسية متوارثة تظهر على الكائن الحي عندما تؤثر فيه المعطيات البيئية وتظهر عليه على أنها ردة فعل إزاء هذه المؤثر البيئي (Helman, 1997; p: 296) فالضغوط الاجتماعية والنفسية من حيث كونها مفهوماً تم تدارسه والإشارة إلى أهميته فترة ليست بالقصيرة ، وذلك نتيجة طبيعية لاطراد الدراسات المهتمة بموضوع التكيف مع المعطيات البيئية . فالتكيف البيئي زاد الاهتمام به من قبل المهتمين والمختصين في العلوم المختلفة . وكانت الضغوط الاجتماعية النفسية أحد هذه الإفرازات التكيفية ، والتي بدأت الدراسات تنصب حولها .

ولابد من الإشارة إلى أنه ليس كل ضغط اجتماعي نفسي هو بالضرورة مؤذٍ أو ضار بالإنسان ، فهناك ما يسمى بالضغوط النفسية الحميدة أو الحسنة أو المفيدة "eustress" والتي تعمل على أنها وظيفة تكيفية أو وقائية . فإذا ما زادت هذه الضغوط عن حدها حتى تصل إلي أعلى مستوياتها فحينئذ تصبح نفسية مضرة "dystress" ، ويمكن أن تحدث عواقب وخيمة ، ومن الممكن أيضاً أن تؤدي إلى الوفاة (Helman, 1997) . ولعل المقصود هنا بالضغط الحسن أو التكيفي هو ذلك التأثير الذي يحدث أو يتعرض له الإنسان ويقابله بردة فعل واستجابة تقوي وتعزز من القدرات الفسيولوجية والعقلية الخاصة به ، فتحدث العملية التكيفية والتي تحمي الكائن الحي . ولكن مع زيادة مثل هذه الضغوط فإنها تبدي تأثيراً سلبياً على هذا الإنسان ، وتؤدي في النهاية إلى إحداث الأمراض ، وإلى الوفاة أحياناً .

ولعل الأحداث الضاغطة stressor تحدث نتيجة للتعرض إلى التأثيرات البيئية . وهذه التأثيرات البيئية قد تكون من البيئة الطبيعية المحيطة بالإنسان ، أو من الجوانب السيكولوجية النفسية التي تتوافر فيها ، أو حتى البيئة الاجتماعية والثقافية . ولقد وضح هانز سيليا Hans Selyeتسلسل الأحداث الخاصة باستجابة الإنسان لهذه الأحداث الضاغطة ، والتي اعتبرها أمراضاً تكيفية عامة General Adaptation Syndrome (GAS)وهي تأخذ ثلاث مراحل (انظر : Helman, 1997 ؛ Kaplan, et. Al., 1983) :

١ - مرحلة ردة الفعل التحذيرية ، وهي أن الإنسان يكون مدركاً لدافع أو حادث مضر محدد .

٢- مرحلة المقاومة أو التكيف ، ويكون فيها الإنسان متهيئاً قبل حدوث الضغوط عليه .

٣- مرحلة الإنهاك والإجهاد ، وتبدأ عملية الضغط التي تنشأ لديه ، ويكون مصاباً بها .

في هذه المرحلة النهائية تحدث تغيرات فسيولوجية تؤثر على الإنسان ، ومن الممكن أن يتعرض بعدها إلى الإصابة بالمرض ، وفي بعض الأحيان تؤدي إلى الوفاة . وذلك نتيجة لهذه التغيرات الفسيولوجية . ولقد أشار عبد الستار إبراهيم (1998) إلى كيفية حدوث هذا الضغط على الإنسان من خلال التجربة العملية التي قام بها سيليا على الفئران . فقد عرض سيليا هذه الفئران «إلى أنواع مختلفة من المجهدات كالبرودة الشديدة ، أو الحقن بمواد سامة . وسجل استجابة الفئران مثل هذه المواقف ، وهو بذلك يلخص من واقع الأمر استجاباتنا جميعاً نحن البشر

عندما نواجه خطراً معينا ، أو ضغطا نفسيا مستمراً . فقد كان رد فعل جميع الفئران ، بغض النظر عن مصادر الضغط الواقع عليها ، بأن حشدت جميع وظائفها الجسمية بطريقة انعكاسية Reflexive Way .فنشطت الغدد ، وتضخمت غدة الأدرينالين بشكل خاص ، وتزايد تلاحق الأدرينالين منها ، ونتيجة لهذا النشاط غير العادي في إفرازات الأدرينالين ، تتحول الأنسجة إلى جلوكوز لتمد الجسم بطاقة تجعله في حالة تأهب دائم لمواجهة الخطر ، وهو أمر يحدث لدينا جميعاً في المواقف الانفعالية . وقد أثبت سيليا أن استمرار تعرض حيواناته للضغوط المتزايدة سيجعلها عاجزة عن المقاومة طويلاً» (ص ١٢١) . فالجسم عندما يتعرض إلى أي من المثيرات الخارجية يصاحبه ردة فعل مصاحبة داخلية تلك التي أشار إليها سيليا من إفراز الأدرينالين . فالفعل يقابله ردة فعل من قبل الجسم ، وهو الذي يحدث في النهاية إشكالية صحية ، ويقابله تبعات مرضية محتملة .

وعلى الرغم من تعرض فكرة سيليا الكثير من النقد (انظر : هيلمان ,Helman 1997) ، فإنها بشكل عام تشكل مراحل مهمة في حقيقة حدوث هذه الأعراض المرضية لحدوث المرض أو التأثير في إحداث الوفاة .

التغير في الحياة الاجتماعية والثقافية والضغوط النفسية :-

كما سبقت الإشارة فإن الأحداث الضاغطة هي تلك التأثيرات أو العوامل البيئية التي تنتج استجابات سيكولوجية للكائن الإنساني ؛ ولذلك فإن الأحداث الضاغطة وفقاً لهذا المفهوم ستكون كبيرة ومتسعة ، فقد تكون هناك أحداث كثيرة تعتبر ضاغطة في حياة الإنسان مثل صدمة نفسية قاسية أو مرض خطير ، وقد تكون كارثة طبيعية ، أو فقدان عزيز ، أو طلاق ، أو صراعات أسرية ، أو بطالة ، أو تقاعد

عن العمل ، أوشد شخصي بين العاملين في مجال معين ، أو التعرض لاضطهاد سياسي أو ديني ، أو صعوبات مادية ، أو التغير في الوظيفة ، هجرة ، حروب ، والتعرض إلى موجات باردة أو حارة ، أو ضوضاء وغيرها من هذه الأعراض الضاغطة التي من الممكن أن تصيب الإنسان . فهناك العديد من هذه الأعراض الضاغطة التي تصيب الإنسان ، ولكن يجب الالتفات إلى نقطة مهمة في هذه القضية ، وهي ترتبط بأن هناك علاقة بين هذه الأحداث الضاغطة من جهة واستجابة الإنسان لها من جهة أخرى . فهي عملية معقدة . على سبيل المثال ، من الممكن أن يحدث الأمر أو الحدث نفسه ويؤثر به ويجعله يصاب بضغط نفسي نتيجة لتعرضه لهذا الحدث ، بينما قد لا يصاب شخص آخر قد يتعرض إلى الحدث نفسه . ونأخذ هنا على سبيل المثال فئة المسنين ، فهم يتأثرون بالجو البارد أكثر من غيرهم ، ويعتبر فسيولوجياً بالنسبة لهم حدثاً ضاغطاً . إضافة إلى أن التقاعد عن العمل لا يعتبر بالضرورة حدثاً ضاغطاً للجميع ، وبالتالي نستطيع القول بأن الضغط النفسي هو في النهاية يمثل استجابة لمحاولة تغيير في تكيف الجسم للعوارض البيئية ، سواء أكانت هذه العوارض محزنة وكئيبة وسلبية مثل فقدان عزيز ، أم كانت سعيدة مثل الحصول على أموال وترقية في العمل وغيرها (Halman, 1997) .

فهنا العملية متفاوتة وتختلف من شخص لآخر ، فالتقاعد في المثال السابق قد يفرض على الإنسان نوعاً من أنواع العزلة الاجتماعية ، وتنقطع العلاقات الاجتماعية وخاصة الداعمة منها فيتأثر المتقاعد والمسن بشكل كبير في كثير من الأوقات . ولكن هذه العملية قد لا تكون حدثاً ضاغطاً لأشخاص آخرين قد يجدون في هذه العملية منفعة أو فائدة اجتماعية وحلقة اتصال أوسع في حال

التقاعـد ، أو قد يؤدي التقاعـد في العمل إلى وجود فـرصة عمل أخرى ذات إنتـاجية أعلى . فهنا عملية التقاعد عن العمل تختلف من شخص لآخر . إضافة إلى ذلك ، فإن التعرض إلى بعض من هذه الأحداث قد يختلف من مجتمع لآخر ومن ثقافة لأخرى ؛ فإنجاب الأطفال مثلاً قد لا يعتبر حدثاً ضاغطاً في بعض المجتمعات ، وقد يعتبر كذلك في المجتمعات الفقيرة والتي يشكل فيها كبر حجم الأسرة مأزقاً تعاني منه . إضافة إلى ذلك كله ، فإن الأحداث الضاغطة تؤثر بصورة متفاوتة من شخص لآخر ، وذلك بحسب تقبل الإنسان الفسيولوجي وقدرته على تحمل هذه الضغوط ، أو كذلك حسب درجة حدة هذا الحدث الضاغط .

إن الأحداث الضاغطة التي تمر بالإنسان تتفاوت في حدتها وقوتها ، فإن الحدث الضاغط المفاجئ على سبيل المثال كفقدان الزوج أو الزوجة أو فقدان العمل يكون أكثر حدة ويمثل ضغطاً عالياً على الأشخاص ضمن أحداث ضاغطة أخرى . إن فقدان عزيز أو فقدان وظيفة أو هجرة إجبارية سوف تدخل كثيراً من المفاهيم الجديدة في حياة الإنسان وفضائه ، فسيكون هناك إذن وضع جديد لعلاقات اجتماعية ، ولحالة اقتصادية ، وأمن مادي ، وترتيبات خاصة بالعيش . كل ذلك سوف يكون داخل هذا الفضاء الإنساني والذي يعتبر جديداً ، ويشكل بالنهاية أعراضاً ضاغطة عليه يؤثر في النهاية على صحته الفسيولوجية والنفسية . فهي عملية نقله في حياة الإنسان من حال إلى حال ومن وضع لآخر (Helman, 1997) .

ويذكر سيليا Sylye عدداً من العوامل التي من الممكن أن تربط أو تؤثر في الاستجابة للضغوط وهي (نقلاً عن : Helman, 1997; pp:301-303) :-

١ – الخصائص أو السمات الشخصية The characteristics of the individuals :

وهي تأخذ شقين من الخصائص الجسمانية أو الفيزيقية مثل العمر ، الوزن ،البنية ، التركيب الجيني وكذلك الصحة السابقة . والشق الآخر هو السمات والخصائص السيكولوجية تفاوت الجوانب النفسية من شخص لآخر ، وما يسمى بالشخص ذي الطبيعة الباردة أو الشخص الانفعالي ، وتلعب بلا شك مراحل الطفولة جزءاً مهماً في تحديد هوية الشخص .

٢- البيئة أو المصادر البيئية Physical environment : تلعب العوامل الطبيعية دوراً في حصول الأحداث الضاغطة والمتمثلة في التعرض إلى حرارة شديدة أو برودة شديدة أو رطوبة وغيرها من الأحداث البيئية . ففي كل هذه الحالات تؤثر طبيعة ونطاق أو حجم هذه الأحداث في شدة الضغط على الإنسان .

٣- الدعم الاجتماعي المتوافر أو المتاح Social support available : وهي عوامل اجتماعية ثقافية تتداخل في حياة الإنسان ، فالدعم الاجتماعي له أهمية كبرى في حياة الإنسان في جميع مراحله وقاية من الضغوط النفسية الاجتماعية . كما أن فقدان الدعم الاجتماعي يؤدي إلى حدوث أمراض نفسية من اكتئاب وقلق واغتراب وغيرها من الأعراض الصحية .

٤- الوضع الاقتصادي The economic status : فالعامل الاقتصادي يرتبط أيضاً بالاستجابة للضغوط ، فالبطالة وما يصاحبها من حرمان وفقر والمرتبطة بالسكن السيئ والغذاء السيئ والملابس الرديئة والتعرض للهجرة على سبيل المثال تعتبر ذات فعالية في أنها أوضاع أو حوادث ضاغطة في أي مجتمع . إضافة إلى أن فقدان الراتب والأمن المادي ينتج إما أعراضاً صحية فيزيقية أو نفسية .

٥- الخلفية الثقافية Cultural background : لا شك أن الخلفية الثقافية تلعب دوراً

مهما مؤثراً، في إحداث الضغوط النفسية الاجتماعية . فالخلفية الثقافية من الممكن أن تلعب وظيفة حماية من الأعراض المرضية أو تكون محدثة لهذه الأعراض . فالخلفية الثقافية للمجموعات السكانية المختلفة من الممكن أن تتعرض إلى نفس المثير الضاغط ، ولكنها تستجيب بطرق متفاوتة . وحتى في الثقافة الواحدة أو المجموعة الواحدة كما هو الحال بالنسبة للذكر والأنثى .

إن هذه العوامل بشكل عام من الممكن أن ترتبط أو تؤثر في الاستجابة للضغوط . وتتفاوت الاستجابة بحسب تلك العوامل ، فإذا ما استعرضنا بعضاً من الأمثلة فإننا فيما يتعلق بالسمات والخصائص الشخصية الفيزيقية الخاصة بالعمر ، نجد تفاوتاً كبيراً بين الفئات العمرية في التأثر بهذه الأحداث . ففقدان الدعم الاجتماعي على سبيل المثال قد يؤثر على طول فترة بقاء الفرد . فيتأثر المسن أكثر من غيره في هذا الجانب ؛ إضافة إلى أن الشخص المريض مسبقاً من الممكن أن يتأثر بشكل أكبر عند حدوث أي حالة تغير عليه أو حدوث أي تأثير ضاغط . فهناك تفاوت عام بين الأفراد في تعرضهم لهذه الأحداث الضاغطة . والثقافات المتعددة تعرض أحداثاً ضاغطة مرتبطة بالبنية الاجتماعية والثقافية والطبيعية الخاصة بها . ولذلك ، نجد هذا النوع من التفاوت في الحدث والاستجابة .

فالدعم الاجتماعي قضية مهمة جداً ، ويعتبر أحد أبرز السمات الاجتماعية والثقافية التي تلعب دوراً كبيراً في تخفيف حدة الضغوط الاجتماعية والنفسية التي يتعرض لها الإنسان . وهي لا تلعب دوراً في التخفيف من الضغوط فحسب ، بل إنها تساعد الفرد على أن تقديم العلاج للأفراد في حالة تعرضهم للضغوط . فعلى حد زعم بونك وهورنس Buunk and Hoorens (1992) فإن للدعم الاجتماعي

دورين أو وظيفتين أساسيتين : تتمثل الوظيفة الأولى بتوفير الوقاية والحماية ضد التأثيرات السلبية لهذه الضغوط على صحة الفرد النفسية ، والثانية المتمثلة في تقديم العلاج أو الوظيفة التى تؤدي بها الدعم والمساندة من قبل الأقرباء والأصدقاء تجاه ما يتعرض له الفرد من ضغوط من المحيط .

فالدعم الاجتماعي يلعب دوراً قبل حدوث الضغوط ، وبعد تعرض الإنسان للضغوط ، ومن هنا تكمن أهمية هذا العنصر الثقافي . الدعم الاجتماعي يعتبر مخففاً نفسياً يلعب دوراً مهماً في التأثير على صحة العامة . وتجدر الإشارة هنا إلى أن عدداً من الدراسات العربية أيضاً وضحت دور وتأثر الدعم الاجتماعي بشكل عام على الصحة . فأشارت دراسة الكندري (2002) إلى أن هناك علاقة بين الدعم الاجتماعي وبين ارتفاع مستوى ضغط الدم والناتجة عن الضغوط الاجتماعية في الأسرة الكويتية . إضافة إلى أن دريسلر Dressler (1995 ، 1991) قد استعرض عدداً من الدراسات التي أوضحت دور الدعم الاجتماعي تجاه الضغوط ، ولقد تناول عددٌ غير قليل من الدراسات على المستوى الغربي هذا الجانب الذي وضح الدور الإيجابي للمساندة الاجتماعية في التخفيف من حدة الضغوط وبكونها أيضاً عاملاً وقائياً مخففاً من حدة هذه الأعراض (انظر حسين على محمد فايد ، 1998 ؛ علي عبد السلام علي ، 1997) .

فالثقافة هنا تستطيع أن تكون مانعاً للضغوط ، ومن الممكن أن تكون محدثة له . فالمعتقدات الثقافية والقيم والممارسات المستخدمة في المجتمع من الممكن أن تزيد من الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الشخص . فعلى سبيل المثال ، كل ثقافة من الثقافات الإنسانية تقوم بتعريف النجاح على أنه عكس الفشل ، الشرف على أنه

عكس العار ، والسلوك الجيد على أنه عكس السلوك السيئ ، والأخبار الجيدة على أنها عكس الأخبار السيئة . فهناك اختلاف بين هذه التعاريفات في المجتمعات الإنسانية . فالإخفاق في الحصول على الخنازير والبطاطا الحلوة على سبيل المثال في غينيا الجديدة ، والذي من خلاله يتم التبادل التجاري مع قبائل أخرى ، يعتبر هذا الانخفاض من الأمور التي تجلب العار ، ومن ثمّ فهي من الأحداث الضاغطة على الإنسان هناك . وفي المجتمع العربي ، الإخفاق في الحصول على السلع الكمالية واستهلاكها يعتبر أيضاً من المواضيع التي تشكل ضغوطاً على هذا المجتمع . ففي كل مجتمع يحاول الأفراد أن يصلوا إلى أهدافهم ضمن مستوى السلوك العادي أو الطبيعي الذي تتوقعه المجموعة الثقافية من أفرادها . والإخفاق في الوصول إلى هذه الأهداف مهما كانت مختلفة من الممكن أن تولد الإحباط ، والقلق ، والاكتئاب ، (Helman, 1997) فيتحدد الهدف وفقاً للمعطيات الثقافية ، ووفقاً للخلفية الثقافية للمجتمع . فكما تختلف الأهداف بين الأفراد فإنها تختلف أيضاً بين الثقافات المتعددة ، وعدم تحقيق هذه الأهداف يؤدي إلى إحداث نوع من الضغوط .

الأحداث اليومية :

تمر على الإنسان بصورة يومية كثير من الأحداث اليومية وقد سبقت الإشارة إلى هذا . فنطرح دائماً تساؤلاً مفاده : هل مررت بصراعات أو خصومات في العمل ، زواج ، طلاق ، انفصال ، هجرة مرض ، وفاة ، ترقية ، انتقال إلى عمل جديد ، خسارة مادية ، تغير في العادات الغذائية ، تغير في عادات الشراب وغيرها من هذه الأحداث؟ . من الممكن تقسيم هذه الأحداث إلى عدة تقسيمات ، فقد تكون تقسيمات خارجية (خسارة مادية ، وفاة ، انتقال لعمل جديد . . .) ، وقد

تكون تغيرات داخلية وظروفاً شخصية (شراب عقاقير ، مرض . . .) . ومن الممكن أن يتم تقسيمها أيضاً إلى تغيرات إيجابية ومرغوب فيها مثل الزواج والترقية ، ومن الممكن أن تكون تغيرات سيئة وغير مرغوب فيها مثل طلاق ، موت ، انفصال وغيرها . ولكن بشكل عام سواء أكانت هذه التغيرات داخلية أو خارجية ، أو كانت هذه التغيرات في أحداث الحياة إيجابية تحقق السعادة أو سلبية تحقق التعاسة فإنها قد تنعكس سلبياً على الوضع الصحي للإنسان وقد تكون غير مرغوب فيها من الناحية الصحية بالنسبة له . فتكرر حدوث مثل هذه الأحداث ينعكس على الوضع الصحي للإنسان ، ويصاب بكثير من أمراض العصر (عبد الستار إبراهيم ، 1998 : ص ١١٥-١١٦) .

لقد عُني كثير من الباحثين والمهتمين بتحديد وتعريف هذه الأحداث الضاغطة ، ولعل أكبر محاولة لتحديد الأحداث الجانبية الضاغطة قام فيها هولمس وريه Holmes and Rahe (1967) فقد قاما بإعداد مقياس عرف بالمقياس الرتبي لمعدل الضغط الاجتماعي Social Readjustment Rating Scale (SRRS) والذي شمل في محتواه على أعراض ضاغطة بدرجة كبيرة ومتطرفة مثل وفاة الزوج أو الزوجة ، أو الطلاق أو الانفصال ، إضافة إلى الأحداث الضاغطة البسيطة وفي أقل درجاتها مثل التمتع بالإجازة ، أو الانتهاك البسيط لبعض القوانين . فيحاول المهتمون من خلال هذا المقياس ترتيب الأحداث الحياتية خلال العام الماضي وفق حدوثها بالنسبة له ، ويضعون لها أرقاماً محددة تختلف باختلاف حدة كل عنصر . وبمقدار الحصول على درجة كبيرة يكون مقدار تعرض الإنسان إلى الإصابة بالمرض .

ولعل المقاييس التي تحدد مقدار الأحداث الضاغطة اليومية تعتبر متعددة ومتنوعة . ومن المحاولات الأولى في هذا الجانب ما قام به بيرلن وسكولر Pearlin and Schooler (1998) عندما قاما بتحديد الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الإنسان في حياته اليومية . فتمت دراسة عينة في مدينة شيكاغو الأمريكية ، وتم التوصل إلى نتائج متوقعة عن حدوث بعض من هذه الأحداث ، والتي تم تقسيمها إلى أربع مجموعات تتعلق بالوضع الزواجي والوضع الوالدي المرتبط بالوالدين ، والوضع الاقتصادي ، وأخيراً الوضع الوظيفي . فكانت أغلب تكرارات الأحداث الضاغطة هي تلك التي ترتبط بعدم الرضا عن الزوج أو الزوجة ، وتبادل الجدل بينهما ، والاحباط المصاحب نتيجة لتقسيم الأدوار . وفيما يتعلق بالجانب الوالدي ، فقد شملت أكثر التكرارات عدم اتباع سلوك الوالدين وعدم اتباع قيمهم وطموحهم ، وعدم الاهتمام بدورهم في الحياة . وأما الجانب أو الوضع الاقتصادي ، فقد اشتمل على عدم الكفاية في أو المدخول المادي . أما بالنسبة للوضع الوظيفي ، فقد كانت أكثر التكرارات تلك التي تتعلق بنظام المكافأة والترقية ، وبيئة العمل غير المرضية ، وبيئة العمل المليئة بالأعراض الاكتئابية ، العبء الإضافي من الأعمال (Kaplan, et. al., 1993) .

لا شك أن هذه الأحداث قد تكون متوقعة وتحدث في كثير من المجتمعات وخاصة المجتمعات الصناعية والمتقدمة نظراً لحدوث كثير من عوامل التغير الاجتماعي والثقافي ، فحدوثها بشكل متكرر وكبير يزداد بزيادة عوامل التغير الاجتماعي والثقافي وعوامل التحديث . فالأعمال التي توافرت نتيجة لهذا التغير على سبيل المثال أبرزت كثيراً من الإشكاليات التي ارتبطت معها ، والتغير المستمر

الذي يخلق نوعاً من أنواع الفجوة الثقافية بين الجيلين أيضاً ، والمشكلات الزواجية نلاحظ أنها بازدياد مع تقدم المجتمعات ، والوضع الاقتصادي يتأثر بشكل أكبر بعملية التغير ، وتلعب المادية حجماً أكبر في هذا المجتمع .

ولعل هناك من قام بإعطاء تفصيلات أدق بالنسبة لأحداث الحياة الضاغطة . فهناك من عرض قائمة كاملة متكاملة أورد فيها كثيراً من الأحداث اليومية الضاغطة . فلقد عرضت ساراسون وزملاؤها .Sarason et al (1978) مسحاً خاص بالأحداث والخبرات الحياتية Life experiences survey (LES) والذي حاولوا من خلاله تحديد بعض الأحداث التي تعرض لها أولئك الأشخاص موضع البحث في حياتهم ، وهذه الأحداث تم اختيارها وفقاً لتعدد ترددها وتكرارها في المجتمع بشكل عام ، ولقد أشار هذا المقياس إلى اتجاهين في عملية حساب درجة خطورة الأحداث الضاغطة وتأثيرها : الأول الاختلاف في معدل ونسبة حدوث هذه الأحداث ، بحيث صُنِّفت في مقياس سباعي (سلبي جداً = -٣ ، وسلبي بدرجة متوسطة = -٢ ، سلبي بدرجة خفيفة = -١ ، ولا يوجد تأثير = صفر ، وإيجابي بدرجة خفيفة = +١ ، وإيجابي بدرجة متوسطة = +٢ ، وإيجابي بدرجة عالية =+٣) . وبعد عملية حساب جميع العناصر تتضح درجة الأحداث الضاغطة . أما الاتجاه الآخر وهو عملية حساب التكرارات المتعددة لحدوث هذه الأغراض . ولعله من المجدي هنا عرض هذه العناصر المتكررة للأحداث الضاغطة ، والتي رأت ساراسون وزملاؤها تكرار حدوثها في المجتمع بشكل عام . فهي تتمثل بالتالي :-

مسح الخبرات الحياتية : وفيه يحاول الشخص موضع البحث أي الأحداث

ضغطت عليه خلال العام الماضي مع محاولة تحديد معدل تأثيرها على حياته مع مراعاة وضع المعدل وفقاً للتالي : (-٣ = سلبي جداً ، -٢ = سلبي بدرجة متوسطة ، -١ سلبي بدرجة خفيفة ، صفر = لا يوجد تأثير ، +١ إيجابي بدرجة خفيفة ، +٢ إيجابي بدرجة متوسطة ، +٣ إيجابي بدرجة كبيرة)

١- الزواج .

٢- الاحتجاز بالسجن أو بمؤسسة إصلاحية .

٣- وفاة الزوج أو الزوجة .

٤- تغير رئيسي في عادات النوم (زيادة كبيرة أو نقصان كبير) .

٥- وفاة عضو من أفراد الأسرة قريب جدا

أ- الأم . ب- الأب . جـ- الأخ .

د- الأخت . هـ- الجدة . و- الجد

ي- الزوج / الزوجة . ز- شخص آخر ، حدّد :

٦- تغير رئيسي في عادات الغذاء (زيادة تناول الطعام بدرجة كبيرة أو بدرجة قليلة) .

٧- رهن عقاري أو دين .

٨- وفاة صديق عزيز .

٩- عدم تحقيق إنجاز شخصي .

١٠- مخالفة مرورية بسيطة .

١١- للرجال : حمل الزوجة .

١٢- المرأة : الحمل .

١٣- تغير في وضع العمل (واجبات عمل مختلفة ، تغير في الحالة الوظيفية ، تغير في عدد ساعات العمل . . .) .

١٤- عمل جديد .

١٥- مرض أو حادث اليم لأحد أعضاء الأسرة الأقرباء .

أ - الأم . ب - الأب . جـ - الأخت .

د - الجدة . هـ - الجد . و - الزوج / الزوجة .

ز - شخص آخر ، حدّد .

١٦- صعوبات جنسية .

١٧- مشكلات مع رب أو صاحب العمل أو الجهة التي يعمل فيها (احتمال فقدان وظيفة ، أو فصل ، أو فقدان زوجة) .

١٨- مشكلات مع الأنسباء .

١٩- وضع اقتصادي سيئ .

٢٠- عدم رؤية بعض من أعضاء العائلة الأقرباء .

٢١- اكتساب عضو جديد في العائلة ولادة ، تبني ، انتقال . . .) .

٢٢- غير في السكن .

٢٣- انفصال زواجي نتيجة لصراعات دون طلاق .

٢٤- تغير في نشاطات الممارسات الدينية (زيادة أو نقصان) .

٢٥- اصلاح زواجي .

٢٦- زيادة عدد مرات المشاجرات مع الزوج / الزوجة .

٢٧- تغير في عمل الزوج / الزوجة خارج المنزل (بداية عمل جديد ، توقف عن العمل ، تغير عمل . . . إلخ) .

٢٨- تغير رئيسي في حجم أو نوع النشاطات الترفيهية .

٢٩- القيام باستلاف مبلغ ١٥ ألف دولار أمريكي أو أكثر (لشراء بيت أو عمل تجاري . . .) .

٣٠- القيام باستلاف مبلغ ١٥ ألف دولار أمريكي أو أقل (لشراء سيارة ، هاتف ، مصاريف عامة . . .) .

٣١- فصل من العمل .

٣٢- للرجال : إجهاض الزوجة .

٣٣- الإناث : إجهاض .

٣٤- حالات أو مرض رئيسي .

٣٥- تغير رئيسي في النشاطات الاجتماعية (الحفلات ، الأفلام ، الزيارات [زيادة أو نقصان مشاركة]) .

٣٦ - تغير رئيسي في الحالة المعيشية للعائلة (مثل بناء بيت جديد ، إعادة بناء أو تشكيل البيت ، تزيين البيت ، جدران جدد . . .) .

٣٧- طلاق .

٣٨- حادث أو مرض خطير لصديق عزيز .

٣٩- تقاعد عن العمل .

٤٠- مغادرة الابن / أو البنت للبيت (زواج : أسباب أخرى) .

٤١- الانتهاء من مراحل التعلم الرسمية .

٤٢- انفصال عن الزوج / الزوجة لمدة أسبوعين أو أكثر نتيجة لعمل أو سفر . . . .

٤٣- خطبة .

٤٤- انفصال عن الخطيب / الخطيبة أو الحبيب .

٤٥- مغادرة المنزل للمرة الأولى .

٤٦- إصلاح وتسامح مع من تحب (الحبيب / الحبيبة) .

٤٧- انفصال الوالدين سواء طلاق أو انفصال دون طلاق أي خبرات أخرى أثرت في حياتك (حدد ثم يوضع المعدل .

٤٨- . . . .

٤٩- . . . .

٥٠- . . . .

الجزء الثاني : خاص بالطلبة فقط .

٥١- البدء في خبرة تعليمية أكاديمية عالية جديدة (كلية ، دراسات عليا ، بعثات دراسية خاصة . . .) .

٥٢- نقل إلى جامعة أو كلية جديدة (بكالوريوس ، دراسات عليا . . .) .

٥٣- اختبارات أكاديمية .

٥٤- طرد من السكن الجامعي أو سكن الكلية .

٥٥- الرسوب في اختبار مهم .

٥٦- تغير تخصص .

٥٧- الرسوب في مقرر .

٥٨- الانسحاب من مقرر .

٥٩- الانضمام إلى جماعة أخوية .

٦٠- بعض المشكلات الاقتصادية تتعلق بالجامعة دون الكلية (تحول دون الاستمرار) .

فهذه قائمة قد أعدتها ساراسون وزملاؤها تمثل أغلب الأحداث الحياتية التي تعتبر أحداثا وخبرات ضاغطة على حياة الإنسان . ولا شك أن هذه القائمة تعكس الوضع والتجربة الغربية . وإذا ما تم تطبيقها على المجتمعات العربية أو الشرق أوسطية أو الإسلامية ، فيجب أن يؤخذ بعين الاعتبار ملاءمة المتغيرات الموضوعية لهذه المجتمعات وطبيعتها . حيث إن هناك مسألة مهمة جداً في هذه القضية ، وهي تلك التي ترتبط بالمجتمع نفسه وظروفه المحلية والإقليمية والبيئية المحيطة . والذي يعكس في النهاية أن الأحداث الضاغطة تختلف في طبيعتها الخاصة بالمصارف والاحتياجات المادية الخاصة في هذا المقياس مع طبيعة المجتمع المحلي الذي يوفر التعليم المجاني ، إضافة إلى تحديد بعض من الأمور المتعلقة بالعلاقة بين الرجل والمرأة وسماح المجتمع الغربي بالصديقة وتكوين العلاقات الجنسية معها ، وأن الانفصال عنها هو أحد هذه الضغوط التي يتعرض لها .

بالإضافة إلى هذا المقياس ، فهناك عدة مقاييس متنوعة ومتعددة تقوم بتحديد الإصابة بالضغوط . ولقد أشارت بعض هذه المقاييس إلى إعطاء أرقام أو درجات خاصة ترتبط بدرجة قوة الحدث ووقعه على النفس . فالموت مثلا للزوجة أو الزوج تختلف درجته وقوته عن حدث آخر مثل مخالفة مرورية بسيطة . فقد تُعطى الوفاة درجة ١٠٠ ، وقد تعطى المخالفة المرورية البسيطة درجة ١١ أو أقل ، وغيرها من

الأحداث المتعددة ، أنظر جدول رقم (٦) .

جدول (٦) مقياس تأثير الأحداث الضاغطة .

الأحداث	التكرار	الأحداث	التكرار
موت شريك الحياة	١٠٠	مشكلات مالية	٣١
الطلاق	٧٣	تسديد ديون	٣٠
الانفصال بين الزوجين	٦٥	تغير مسئول في العمل	٢٩
السجن	٦٣	ترك الأبناء في المنزل	٢٩
الحصول على شيك بدون رصيد	٦٢	مشكلة مع أهل الزوجة أو الزوج	٢٨
موت أحد الأقارب أو أحد أفراد الأسرة	٦١	بداية الزوجة العمل أو توقفها عن العمل	٢٨
الإصابة ببعض الجروح	٥٣	البدء أو الانتهاء من الدراسة	٢٦
الزواج	٥٠	تعرض لمتاعب في العمل	٢٦
صعوبات في الحصول على العمل	٤٦	تغير في العادات الشخصية	٢٥
إعادة الوفاق بين الزوجين	٤٥	مشكلة مع رئيس العمل	٢٤
التقاعد	٤٥	تغير في مكان ونوع السكن	٢٣
مرض أحد أفراد الأسرة	٤٤	تغير المدرسة	٢٠
الحمل	٣٩	تغير وسائل الترفيه	٢٠
مصاعب في الحياة الجنسية	٣٩	مشكلات مع الزملاء	٢٠
مولود جديد في الأسرة	٣٩	تغير النشاطات الاجتماعية	١٩
التكيف للتغيرات الجديدة	٣٩	تغير عادات النوم	١٩
تغير في المستوى المالي	٣٨	تغير عادات الأكل	١٨
موت صديق عزيز	٣٧	السفر	١٥
التفرقة في العمل	٣٦	الاستعداد للأعياد	١٣
قروض جديدة	٣٥	مخالفة قانونية بسيطة	١١

(المصدر : محمود السيد أبو النيل ،١٩٩٤)

ولعل هذا المقياس يعكس لنا تأثير بعض الأحداث الضاغطة بصورة أكبر على الإنسان من غيرها . «فالضغوط والتغيرات المتعلقة بالانفصال والفقدان (مثلاً : الطلاق ، الانفصال عن الزوج أو الزوجة ، وفاة الزوج / أو الزوجة ، وفاة صديق أو قريب) ، تشكل أشد الضغوط وأقساها في حياة الفرد . على سبيل المثال ، تمت مقارنة نسبة الوفيات على عينة مكونة من ٤٥٠٠ أرمل ممن تزيد أعمارهم على ٤٥ سنة ، بنسبة الوفيات في عينة مماثلة من المتزوجين في نفس الفئة العمرية . لقد تبين بما يتسق مع هذه الحقيقة أن نسبة الوفيات بين الأرامل زادت ٤٠٪ على عينة المتزوجين خاصة في الشهور الأولى من وفاة الزوجة . ولكنها بدأت بعد ذلك في الانخفاض ، بحيث لم تصبح هناك فروق دالة بين المجموعتين فيما يتعلق بنسبة الوفيات ، مما يشير إلى أنه كلما اشتدت الضغوط ، تزايدت خطورتها على حياة الإنسان . كما أن البدايات الأولى من وقوعها هي أسوأ ما فيها ، ومن ثم يحتاج الفرد في بداية وقوعها بشكل خاص للرعاية المهنية والاهتمام» (عبد الستار إبراهيم ، 1998 : 124) وهذا بلا شك يعكس أن قضية أساسية لها ارتباط بقضيتي الصحة والمرض . فمقدار حجم الضغوط ودرجة خطورتها وشدتها ، بمقدار ما يكون هناك من تأثير على وجود أو الإصابة بالأمراض النفسية والعضوية . وهنا من الواجب تحديد ارتباط هذه الضغوط ببعض من الأمراض النفسية العضوية التي تصيب الإنسان ، والتي سوف يتم إفراد الجزء القادم لها .

الضغوط والمرض :

تعتبر الضغوط مصدراً للأمراض النفسية والعضوية على حد سواء . فهذا الجانب الاجتماعي والنفسي له ارتباط مباشر بصحة المجتمع . فهو يؤثر بشكل مباشر

على الإنسان ويخرجه من محيط الصحة إلى دائرة الاعتلال . ولقد لخص كابلان وزملاؤه .Kaplan et. al (1993) ، مجموعة من الأمراض التي تصيب الإنسان إزاء تعرضه للضغوط . وللأحداث الحياتية الضاغطة فقد أورد كابلان وزملاؤه مجموعة من الأمراض تتمثل في أمراض تصيب الأنسجة المتعددة ، أمراض القلب ، السرطان ، العدوى ، والاكتئاب . فلقد أشار الباحثون إلى ارتباط الأحداث الحياتية الضاغطة بما يسمى بأمراض تصلب الأنسجة المتعدد Multiple sclerosis والذي يعتبر من الأمراض العصبية التي يحدث للأشخاص بين ٢٠ و ٤٠ سنة . ولعل من أبرز أعراض هذا المرض هو الإعياء ، واضطراب الرؤية ، وضعف في الأطراف ، وقرص ووخز في أنحاء الجسم ، والذي قد يؤدي إلى الإصابة بالعمى في أخطر مراحله ، والشلل ، وعدم السيطرة على الخروج والتبول . وقد يؤدي نتيجة لهذه الأعراض المرضية إلى الوفاة . ولقد عرض كرانت وزملاؤه .Brant et. al (1989) إلى عدة أدبيات تشير إلى ارتباط ظهور هذا المرض مع الأحداث الحياتية الضاغطة .

والمرض العضوي الآخر الذي أشار إليه كابلان وزملاؤه هو ذلك الذي يرتبط بالأمراض التي تتعلق بالقلب وبالتحديد الشريحة الصدرية Myocardial infraction ، فقد أشار في هذا الاتجاه جنكنز Jenkins (1967) إلى أن هناك اتجاهين مهمين يرتبطان بالمعطيات البيئية الاجتماعية الضاغطة : والتي من الممكن أن تؤثر على أمراض القلب والشرايين : الأول وهو مرتبط بالسلوك الخاص بالإنسان مثل التدخين وتعاطي الكحوليات ، والذي يلجأ له الفرد وذلك للتخفيف وللسيطرة على الضغوط التي يمر بها ، فهذا يعني أن الأشخاص الذين يعانون من الضغوط يلجأون إلى تناول الكحوليات والتدخين . ولعل هذا العامل يكون الأقل حدة من

العامل الثاني الذي وضحته بعض الدراسات ، والذي يتمثل بارتباط التعرض للضغوط مع الجهاز العصبي المستقل والذي يقوم بعملية التفسير والوسيط بين الحدث الضاغط والاستجابة القلبية . ولعل هذين العاملين معاً يحتاجان إلى وقت قد يكون طويلاً حتى يحدث هذا النوع من الإصابة .

ويعتبر السرطان أحد أبرز الأمراض الناجمة عن تأثير ضغوط الحياة . فقد قام فزنتينز وزملاؤه .,Visintainer et. al (1982) على سبيل المثال بغرس خلايا سرطانية في مجموعة من الفئران . وقاموا بتقسيم الفئران إلى مجموعتين . قاموا بعرض النصف الأول إلى مؤثرات صدمية بينما وضع النصف الآخر في الأقفاص بدون التعرض إلى أي صدمات . ولقد وجدوا أن النصف الأول من الفئران والذي تعرض إلى أعراض صدمية قد نمت الخلايا السرطانية فيها بصورة أكبر وأسرع من النصف الذي وضع في القفص . وفي الدراسات الخاصة بالإنسان ، فقد قام جونز وزملاؤه J ones, et. al. (1984) بدراسة وضحوا من خلالها أن فقدان الإنسان لشخص عزيز ارتبط مع نسبة إصابة عالية من حدوث السرطان . إضافة إلى أن سكلار وانزمان Sklar and Anisman (1981) استعرضا عدداً من الأدبيات التي توضح أن السرطان من الممكن أن ينمو بشكل أكبر مع وجود الضغوط والحياة اليومية غير السعيدة .

الأمر الآخر الذي من الممكن أن يتأثر بالأحداث الحياتية اليومية هو الأمراض المعدية ، أو تلك الأمراض التي تنتقل بالعدوى . لقد وضح كوهين وويليمسون Cohen and Williamson (1991) ثلاثة نماذج من العلاقة بين الضغوط والأمراض المعدية ، الأول يرى أن الضغوط تؤثر وتغير من حساسية الإنسان للأمراض المعدية ،

وذلك من خلال التغير الذي يمكن أن يحدث في وظيفة جهاز المناعة ، أو من خلال التغير في السلوكيات الصحية على سبيل المثال عدم استخدام الطرق الآمنة عند الممارسة الجنسية ، والذي من الممكن أن يزيد من عوامل التعرض للإصابة بالأمراض المعدية . النموذج الثاني : وهو يوضح أن الضغوط من الممكن أن تغير وتعدل من مجرى أو شدة المرض المعدي أو كليهما وذلك من خلال التغيرات الفسيولوجية ، أو التغيرات في الممارسات الصحية ، أو الإخفاق في الإذعان والخضوع إلى نظام طبي معين . أما النموذج الأخير فهو مرتبط بأن الضغوط من الممكن أن تؤثر بشكل مرحلي على السلوكيات الصحية للشخص في أوقات مختلفة . فمن الممكن أن تؤثر على عملية تحديد أو التعرف على المرض ، وكذلك من الممكن أن تؤثر على عملية كيفية التصرف إزاء هذا المرض . وبشكل عام فإن هناك العديد من الأديان التي ركزت على ارتباط الضغوط مع السلوك المرضي الذي من الممكن أن يرتبط أيضاً مع ظهور وتفعيل وتهيج كثير من الأمراض المعدية كتلك التي تصيب الجهاز التنفسي ، ومرض الهربس (مرض القوباء) ، وأمراض البكتيريا المتعددة وغيرها من الأمراض المعدية .

وأخيرا أشار كابلان وزملاؤه إلى ارتباط الضغوط بأمراض نفسية مثل الاكتئاب . فالاكتئاب كما عرفه جولدنسون Goldonson (1984) يعتبر حالة من الحالات الانفعالية يرتبط بالشعور بالغم والهم المستمر ، ويتراوح بين تثبط الهمة إلى مرحلة الجزع والضغوط واليأس . ويصاحب هذا الاحساس الكسل والأرق وفتور الهمة وفقدان الشهية ، وضعف الذاكرة والصعوبة في اتخاذ القرارات (أحمد عبد الخالق ، 1991) . فهذه الحالة النفسية قد تلعب الضغوط دوراً في إبرازها وإظهارها .

فالاكتئاب من الممكن أن يحدث كما يرى علماء النفس والنفسانيون من خلال ما تعرضه الضغوط البيئية المحيطة بالإنسان . فلقد أشارت دراسات متعددة قارنت بين أشخاص مصابين بأعراض الاكتئاب وآخرين غير مصابين . فوجد أن هناك ارتفاعاً في نسبة الأحداث الحياتية اليومية الضاغطة مع الأعراض الاكتئابية التي يعاني منها أفراد العينة (انظر : Kaplan, 1993) .

إن هذه الأعراض المرضية التي حددها كابلان تعتبر من الأمراض التي تحدث نتيجة للتعرض للأحداث الحياتية الضاغطة . فوجود مثل هذه الأحداث وتكرارها على الإنسان قد يولد نوعاً من أنواع الاختلال الوظيفي لبناء الجسم والذي من خلاله يحدث هذا النوع من أنواع المرض . ولا شك أنه من المهم هنا أن ندرك أن عملية التأثر بالضغوط الحياتية اليومية هي مسألة ثقافية تختلف من مجتمع لآخر من مجموعة سكانية لأخرى . ولذلك ، فحدة ودرجة وكمية وجود مثل هذه الأعراض المرضية ترتبط بشكل مباشر بانتشار هذا المرض أو العرض المرضي .

لا شك أن أمراض القلب والشرايين ، وأمراض السرطان ، والأمراض المعدية ، والأمراض العصبية والنفسية وغيرها ارتبطت بمحاور ثلاثة كما حددها كابلان وزملاؤه .Kaplan et. al (1993) هذه المحاور تعتبر محاور معقدة ويتم التفاعل فيما بينها . فالمحاور تتمثل في النشاطات الفسيولوجية ، والعمليات النفسية ، والاستجابات السلوكية . فهذه هي العوامل والمحاور التي تلعب دورا في ظهور الأعراض المرضية التي تتسبب من خلال الضغوط التي يتعرض لها الإنسان ، وهي الأضلاع الثلاثة للعرض المرضي والمثير الخارجي المتمثل في الأحداث الضاغطة .

فإذا ما أخذنا بشيء من التحليل النشاط الفسيولوجي لأحد هذه المحاور ، فإن كثيراً من الدراسات قد أشارت إلى الارتباط الوثيق بين الضغوط التي تحدث للإنسان وجهاز المناعة . فقد أشارت كثير من هذه الدراسات إلى التغيرات الفسيولوجية التي تحدث داخل جسم الإنسان والمرتبطة بجهاز المناعة ، وذلك نتيجة للتعرض لأعراض ضاغطة . فميكانيكية الجسم الفسيولوجية سوف تتأثر نتيجة لذلك التأثير من هذه الأعراض (أنظر : Maddock and Pariante, 2001; Raison and Miller, 2001; Oiff, 1999; Irwin et. al., 1990; Cohen et. al., 1999) .

إن هذه الميكانيكية الخاصة داخل الجسم سوف تصاب بالخلل نتيجة لحدوث وتعرض الإنسان لحوادث بيئية واجتماعية خارجية . هذا الخلل في ميكانيكية الجسم هو الذي يحدث هذه النوعية من الأمراض المتعددة . وهنا يجب الإشارة إلى ما يسمى بالأمراض السيكوسوماتية ، والتي تعرف كما ذكرها أبو النيل (1947 ، ص٤٧) على أنها اضطرابات جسمية تحدث تلفاً في جزء من أجزاء الجسم ، أو تحدث خللاً في وظيفة أحد أعضاء الجسم نتيجة للاضطرابات الانفعالية .

فهناك تفاعل بين الأمراض السيكوسوماتية وبين الضغوط التي يتعرض لها الإنسان . فالاضطرابات السيكوسوماتية ناتجة عن نوع من أنواع من الضغوط التي يتعرض لها الإنسان . فنفسية الإنسان وسيكولوجيته وظروفها تلعب دوراً في الجسم الإنساني ووظائفه ونموه . فهذه الأمراض ترجع إلى الأزمات الاجتماعية والتوترات والصراعات والانفعالات التي يتعرض لها الإنسان (عبد الرحمن عيسوي ، 1996) .

ولعله من المجدي هنا أن نستعرض عدداً من الأمراض السيكوسوماتية الناتجة

من خلال تعرض الإنسان إلى الضغوط الحياتية وذلك كما ذكرها عطوف محمود ياسين والمتمثلة في :-

١- أمراض الجهاز الهضمي وتندرج تحتها : قرحة القولون ، السمنة المفرطة .

٢ - أمراض الأوعية الدموية-الدورية والقلب ويندرج تحتها : عصاب القلب ، التوتر الزائد ، الإغماء ، الصداع ونوعياته ، ضغط الدم الجوهري ، لغط القلب الوظيفي .

٣ - أمراض الجهاز التنفسي ويندرج تحتها : الربو الشعبي ، حمى القش ، السل الرئوي ، إصابات الزكام ، السعال العصبي ونوعياته .

٤ - الأمراض والاضطرابات الجلدية ويندرج تحتها : الارتكاريد ، وحب الشباب .

٥- الاضطرابات الهرمونية وتندرج تحتها : زيادة إفراز الغدة الدرقية ، تسمم الغدة الدرقية نتيجة الخوف ومصاحوباً بكخفقان القلب ، والرجفان ، وجحوظ العين ، وتصبب العرق ، واحتمال الإسهال .

٦ - الاضطرابات البولية والتناسلية وتندرج تحتها : أمراض المثانة ، أمراض الكلية ، عسر الحيض .

٧- اضطرابات الجهاز العصبي ويندرج تحتها : الصداع التوتري ، مرض النوم (النار كولبيسي) ، الصداع النصفي (الشقي) .

٨ - اضطرابات الجهاز العضلي والحركي ويندرج تحتها : مرض اللومباكو ، مرض الرثة .

٩ - اضطرابات متفرقة وتندرج تحتها : الكولوما (داء الزرقاء في العين) ، مرض رينودز (مرض الالتهابات الشعرية للأوعية الدموية) .

١٠ – أمراض سيكوسومائية معاصرة ويندرج تحتها : السرطان ، سكر الدم ، التهاب المفاصل الروماتيزمي ، نزيف الأذن الوسطى ، الصداع النصفي ، الاستجابات الغضلية الهيكلية ، الاستجابات التناسلية والغدد الصماء والحواس ، اضطرابات الوظيفة الجنسية ، اضطرابات الوظيفة التناسلية ، اضطرابات عملية التبول والغدد والحواس .

فهذه الأمراض السيكوسوماتية تعتبر من الأمراض المرتبطة بالضغوط الحياتية والتي قد تكون ناتجة من حدوث بعض من الضغوط التي تصيب الإنسان . فهناك علاقة وثيقة بين الأحداث الضاغطة وهذه الأمراض السيكوسوماتية التي ترتبط بالإنسان في كثير من الأوقات بعيدا عن مشيئته وإرادته ، والتي تتطلب في كثير من الأحيان أساليب علاجية متعددة يستخدمها الأطباء والأطباء النفسيون . ولمعرفة الوسائل العلاجية من الممكن الرجوع إلى المرجع نفسه للاستزادة من تلك العلاجات المتعددة .

ولعله من المفيد هنا أن نذكر جانباً يتعلق بالعوامل النفسية ، والتي تلعب دوراً بارزاً في إحداث هذه الأمراض ودرجة تقبلها واستقبالها للأحداث المتعددة الضاغطة الخارجية ، وهي تلك التي تتعلق بشخصية الفرد ، ولعل مقياس التفاؤل والتشاؤم يعتبر أحد أبرز المحاور التي تلعب دوراً في تحديد شخصية الفرد والتي تربطها بأوضاع صحية . فالتفاؤل والتشاؤم قضيتان نفسيتان تلعبان دوراً مهماً في حدوث عدد كبير من الأمراض ، وذلك لتأثيرهما المباشر على الحالة الخاصة بجهاز المناعة . فالتعرض إلى الأحداث الضاغطة تعتبر مسألة حتمية يقابلها جميع الأشخاص دون استثناء . ولكن انعكاس شخصية الفرد على هذه الأوضاع تختلف

من شخص لآخر . فالنظرة إلى الأمور من عين ورؤية مختلفة بلا شك تعطي استجابة صحية مختلفة أيضاً . فالشخصية المتفائلة هي شخصية أكثر استجابة امتصاصاً للضغوط من الشخصية المتشائمة ، والتي من الممكن أن تنعكس على مسائلة الصحة والمرض لهذا الفرد .

ففي دراسة قام بها كوهن وزملاؤه .Cohen et. al (1999) على (٣٩) امرأة يتميزن بصحة جيدة تتراوح أعمارهن بين ١٨-٤٥ سنة وتتابع أوضاعهن كل ٣ شهور ، مع تقويم أسبوعي للأحداث الضاغطة ، والتقويم الشهري لأحداث الحياة التي يتم التعرض لها واستخدام مقاييس المناعة ، وجدوا أن الأحداث الضاغطة الحادة تعتبر أقل تأثيراً عند النساء المتفائلات مقارنة بأقرانهن . والذي يعطي إشارة إلى أن التفاؤل ، هذه السمة الشخصية تعتبر قضية فعالة ضد حدوث الأمراض .

وفي دراسة محلية على طلاب جامعة الكويت ، وباستخدام مقاييس التفاؤل والتشاؤم ، ومقياس تقدير الصحة العامة ، وقائمة الأعراض والشكاوي الجسمية ، قام أحمد عبد الخالق (1998) بدراسة مدى ارتباط التفاؤل بالصحة الجسمية ، والأعراض والشكاوي الجسمية ، وكذلك الحال بالنسبة للشخصية المتشائمة . ولعل من أبرز النتائج التي حققتها هذه الدراسة هو وجود الارتباط الموجب بين الشخصية التفاؤلية وبين الصحة العامة من جهة والشخصية التشاؤمية والأعراض الجسمية من جهة أخرى ، واللذين أشار لهما الباحث على أنهما تجتمعان «في عامل واحد ثنائي القطب» .

فإن ما يسمى بالنفسية والإيجابية تعتبر من الأمور التكيفية ، والتي تساعد الفرد على تقبل الضغوط والأحداث اليومية الضاغطة بشكل يساعد على امتصاص هذه

الأعراض . فالمثير الخارجي قد يكون مرهقاً ومؤدياً إلى إحداث إشكالية واختلال داخل الجسم ، ولكن الشخصية أو النفسية المبتهجة والمنفتحة هي التي تستطيع امتصاص هذا المثير الخارجي وتحويله إلى عرض تكيفي . فهذه الشخصية تساعد على الالهام في التقليل من حدوث الأمراض سواء كانت هذه الأمراض نفسية أو أمراض فيزيقية جسمية . وهذا ما وضحته الدراسة التي سبق أن تم توضيحها . ولعل الطرق العلاجية تكمن في تحويل النفسية والشخصية وتوجيهها التوجيه الصحيح .

ولعل أبرز هذه الطرق والتي نؤمن نحن المسلمين بفاعليتها وجدواها وتأثيرها المباشر هو الرجوع إلى التفكير الايماني . ونقصد بالتفكير الإيماني الرجوع إلى الأحكام الإسلامية ، والقيم والمعايير التي يعرضها علينا الدين الإسلامي وما يحمله من أخلاقيات وسلوكيات لو تم اتباعها والرجوع إليها ، فإنها تسهم بشكل كبير في إحداث تغيرات نفسية وشخصية كبيرة في حياة الإنسان . ولعل البحث يطول في هذا الجانب ، وإن كان يحتاج أيضاً إلى تفصيل وشرح مطول وواسع ، إلا أنه بشكل عام قد أشارت عدة دراسات إلى تأثير الدين والتدين على كثير من الأعراض الطبية . وأحد الدراسات الحديثة التي قام بها المؤلف (Al-Kandari, In Press) أشارت إلى ارتباط درجة التدين بمعدلات ضغط الدم . ولعل من المجدي أن يعرض هذا الموضوع بشكل مفصل في دراسات ومواقع أخرى . وبشكل عام ، فإن الشخصية المبتهجة والنفسية الإيجابية تساعد الفرد على تقبل وامتصاص الضغوط والأحداث اليومية الضاغطة .

الضغوط والمجتمع الحديث المعاصر :-

الضغوط مصطلح استخدم على أنه لفظ مرادف ومتلاصق مع الحياة العصرية الحديثة (Maddock and Pariante, 2001) . فهو سمة من السمات المهمة والأساسية للمجتمع الكويتي . ولكن ذلك لا يعني بأي حال من الأحوال بأن المجتمعات البدائية أو المجتمعات الريفية ، أو الزراعية أو بشكل عام المجتمعات التي لم تمر بعمليات التحديث أو التغير الاجتماعي الثقافي السريع ، لا تعاني من الضغوط . فالأحداث اليومية الضاغطة هي سمة أساسية في جميع المجتمعات دون استثناء . وإذا ما تناولنا القائمة الموضوعة أو أي من المقاييس التي تقيس الضغوط الاجتماعية والنفسية ، فإننا نجد أن جميع المجتمعات دون استثناء تمر بها بعض تلك الأحداث التي سبق ذكرها . فموت شخص عزيز على سبيل المثال والذي يعتبر من أشد أنواع الضغوط تأثيراً لا يقتصر على مجتمع دون آخر ، أو ثقافة دون أخرى ، وكذلك الأحداث الأجتماعية العامة مثل بعض المشكلات مع الأصدقاء والزملاء ، أو التقاعد وترك العمل أو الطلاق ، الانفصال وغيرها من هذه الأحداث التي قد تكون متكررة بشكل عام في كل المجتمعات الإنسانية دون استثناء ، ولا تقتصر على المجتمع الحديث وحده . فالأحداث اليومية والحياتية الضاغطة منتشرة في جميع المجتمعات الإنسانية دون استثناء .

ولكن السؤال الذي يبقى عالقاً هنا ، ما الذي جعل الكثيرون يربطون بين الضغوط الاجتماعية والنفسية وبين المجتمع الحديث؟ ما الذي جعل هذه الضغوط الاجتماعية النفسية تعتبر سمة من سمات هذا المجتمع؟ ما تأثير عمليات التحديث التي تصيب المجتمعات الإنسانية في إحداث هذه السمة البارزة في حياة هذا المجتمع؟

ما دور وتأثير عمليات التغير الاجتماعي والثقافي في إحداث الضغوط الاجتماعية النفسية؟ وما دور المؤثرات الخارجية والأحداث الطارئة في الفرد والتأثير على صحته؟ هذه مجموعة من الأسئلة سيتم التطرق إليها والتحدث عنها خلال السطور القادمة .

قبل المحاولة للإجابة عن هذه الأسئلة يجب أن نحدد طبيعة الضغوط بشكل عام ، ومن أين تجيء . يمكن تحديد الضغوط على أنها تأخذ ثلاثة مستويات كما يذكر سامي عبد القوي (1994) . المستوى الأول ، وهو المستوى البيولوجي الذي يتمثل في إصابة الجسم بالميكروبات ، أو في أن يتعرض لظروف فيزيقية مثل الارتفاع بدرجة الحرارة . أما المستوى الثاني ، وهو النفس ، والذي يتمثل في الصراعات والاحباطات التي تصيب الإنسان . والمستوى الثالث ، وهو المستوى الاجتماعي ، والمتمثل في القيود الاجتماعية والأعراف والعادات والتقاليد وغيرها . فالضغوط كما تمت الإشارة في السابق ، وكما وضحها إبراهيم عبد الستار (1998) «في أبسط معانيها هي أي شيء من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة» (ص ١٢٠) . ومن الممكن تقسيم الضغوط أيضاً كما ذكر إبراهيم عبد الستار في أنها من الممكن أن تأتي من مصدرين : خارجي ، كضغوط العمل والأعباء اليومية والتلوث البيئي ، أو من خلال المصدر الداخلي وهي تلك المرتبطة بعوامل عضوية داخلية كالإصابة بالأمراض . وفيما يلي نستعرض الأمثلة التي ذكرها عبد الستار عن الضغوط (ص ١٢٠) :-

١- الضغوط الانفعالية والنفسية (القلق ، الاكتئاب ، المخاوف المرضية) .

٢- الضغوط الأسرية بما فيها الصراعات الأسرية ، كثرة المجادلات ، الانفصال ،

الطلاق ، تربية الأطفال ، وجود أطفال مرضى أو معاقين في الأسرة .

٣- ضغوط اجتماعية كالتفاعل مع الآخرين ، كثرة اللقاءات أو قلتها ، العزلة ، الإسراف في التزاور والحفلات ، ضغوط العمل ، بما فيها العمل المكثف ، أو القليل ، الصراعات خاصة مع الرؤساء والمشرفين ، أو عدم التقدير للجهد المبذول .

٤- ضغوط الانتقال والتغير كالسفر ، الهجرة ، تغير المسكن أو الإقامة ، الانتقال إلى عمل جديد .

٥- الضغوط الكيميائية كإساءة استخدام العقاقير ، الكحول ، الكافيين ، النكوتين إضافة إلى الضغوط العصرية ، كالإصابة بالمرض ، صعوبات النوم ، الاسراف في اجهاد النفس عن طريق الألعاب الرياضية ، العادات الصحية السئية ، واختلال النظام الغذائي .

لا شك أن هذه الضغوط التي ذكرت قد تتصل بمجتمعات إنسانية متعددة ، ولكنها تعتبر بشكل عام من أكثر الأعراض التي تصيب المجتمع الحديث ومتزامنة معه ، ولعله من المفيد هنا أن يتم توضيح أبرز هذه الضغوط وارتباطها بالمجتمع الحديث والتغيرات في المجتمع الحديث .

الضغوط الانفعالية :-

فالاكتئاب على سبيل المثال والذي يعتبر من الضغوط الانفعالية يعتبر أحد أبرز اضطرابات العصر الحديث (انظر إبراهيم عبد الستار ، 1998) . وتشير الأرقام في المجتمع الأمريكي ، والذي يعتبر أحد هذه المجتمعات المتقدمة ، إلى أن هناك شخصاً

لكل ١٥ شخصاً في هذا المجتمع يعاني من الاكتئاب (عزت إسماعيل ، 1996) . وقد تعدى طبقة البالغين فأصبح يصيب أيضاً الأطفال وصغار السن (انظر : أحمد عبد الخالق ، 1998) ، إلا أن درجتة تختلف بسحب المرحلة العمرية ، كأن يكون الشباب أكثر اكتئابا من المراهقين ، وذلك أن الخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الشباب تفوق الخبرات المؤلمة التي يتعرض لها المراهقون وذلك بسبب عامل السن (أنظر : عويد المشعان ، 1995) .

فهذه الظاهرة تعد من الظواهر التي تصيب جميع فئات المجتمع كافة دون تمييز في العمر أو الجنس على الرغم من وجود الفروقات بين الجنسين ، إنما تصيب جميع فئات المجتمع الحديث والذي انتشرت فيه هذه الظاهرة بشكل ملفت للنظر . فالاكتئاب صورة مرضية نفسية تؤثر على الفرد وحياته الاجتماعية والصحية على حدٍّ سواء .

الضغوط الأسرية :-

والأمر الآخر الذي يرتبط بالضغوط هو ذلك المرتبط بالضغوط الأسرية التي ترتبط بالوضع الصحي ، والذي يعتبر من أبرز المشكلات في المجتمع الحديث . فالأسرة والمشكلات الأسرية تعتبر أحد أبرز الإفرازات للضغوط اليومية التي يتعرض لها الإنسان في حياته اليومية . فهناك زيادة في حجم المشكلات الأسرية في المجتمعات الحديثة ظهرت وتولدت نتيجة لظروف التحديث والتغير الاجتماعي والثقافي السريع . فأصبحت هذه المشكلات مثل الطلاق ، الصراع الأسري ، الانفعال ، المشكلات المرتبطة بتربية الأولاد وغيرها من هذه المشكلات أحد أبرز مشكلات المجتمع الحديث المعاصر ، بل تعتبر من أهمها على الإطلاق . فالأسرة هي

أحد أبرز المؤسسات التي تعرضت إلى المشكلات ، وتم فرض أحداث يومية حياتية ضاغطة ارتبطت معها وتزامنت مع وجودها .

وأشارت دراسة يعقوب الكندري (2002) إلى جانب من هذه الصراعات الأسرية التي من الممكن أن تحدث في الأسرة في المجتمع الحديث ، فقد أشار الكندري إلى انتقال التفضيل في المجتمع المحلي إلى المعيشة في الأسرة النواة بدلاً من الأسرة الممتدة التي كانت المفضلة في فترة زمنية سابقة . ولقد أوضحت الدراسة أن المعيشة في أسرة نواة (ينفصل بها الركن الأساسي في تحديد شكل الأسرة وهو المطبخ) يعتبر من الأمور التكيفية في المجتمع الحديث ، والذي ارتبط بانخفاض في حدة الصراعات الأسرية التي من الممكن أن تنتج إزاء وجود الأسرة في منزل واحد وفي أسرة ممتدة . فالأسرة التقليدية التي تفرض وجود أفرادها تحت سقف واحد وتحت ريادة واحدة ويشتركون في مطبخ واحد (أي : معيشة متكاملة داخلية وتفاعل تام مع أعضاء الأسرة الكبيرة) يولد نوعاً من أنواع الصراعات والتعرض للضغوط التي تؤثر على صحة الفرد داخل هذه الأسرة . وقد أشارت الدراسة إلى ارتباط ذلك والمطبخ المشترك والضغوط مع ارتفاع معدلات ضغوط الدم داخل الأسرة الكويتية . إضافة إلى ذلك ، فقد أشارت دراسات متعددة عالجت مشكلة الطلاق في المجتمع الحديث بشكل عام والمجتمع الكويتي بشكل خاص ، وتناولت عوامل ومظاهر التحديث التي لعبت دوراً في حدوث حالات كهذه مثل العامل التعليمي . فهناك تغير في البناء الأسري المحلي ارتبط بشكل كبير مع البناء الأسري في المجتمعات الحديثة والمتقدمة (انظر : فهد الثاقب ، 1982 ؛ Al-Thakeb, 1985; 1999) .

فتولدت نتيجة وجود عدد من الأسر في منزل واحد صراعات أسرية جديدة لم تكن موجودة في السابق ، بل كانت أحد أبرز العوامل التكيفية مع البيئة الطبيعية والوضع الاقتصادي الذي ساعد هذا المجتمع في فترة زمنية سابقة بأن يكون تحت مظلة واحدة وتحت سقف واحد . وعندما انفصلت الأسرة عن الأسرة الكبيرة ظهرت هذه الصراعات الأسرية والاجتماعية والتي تشكل - بدون شك- ضغوطاً جديدة تزامنت مع وجود المجتمع الحديث .

الضغوط التفاعلية :

القضية الأخرى الخاصة بالضغوط هي تلك التي ترتبط بالضغوط الاجتماعية المتعلقة بعملية التفاعل مع الآخرين ، فعملية التفاعل الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية لا شك أنها تأثرت بشكل كبير بالأوضاع المجتمعية الحديثة ، وبرزت علاقات اجتماعية جديدة ومادية اختلفت بشكل كبير عن تلك العلاقات الاجتماعية السائدة في المجتمعات الأخرى أو البدائية والتقليدية بشكل عام . فالتفاعل قد يكون ضمن نطاق الأسرة الواحدة ، وقد يكون بين الأقارب والأصدقاء ، وقد يتولد بين الفرد والمحيطين به بشكل عام سواء في البيت ، أو العمل أو النادي أو المدرسة أو غيرها من المؤسسات الاجتماعية المختلفة . فالعلاقات الاجتماعية اختلفت وتأثرت بشكل كبير بالمعطيات الحديثة . فأصبحت هذه العلاقات تقوم وتنشأ وفقاً لهذه المعطيات المتعددة .

ولا شك أن أحد أبرز هذه المعطيات الحديثة التي أفرزها المجتمع الحديث هي تلك التي تتعلق باستخدام التكنولوجيا الحديثة وأجهزة الاتصالات المتعددة ، فهي

شك تؤثر بالسلوك الإنساني ، وتكون لديه علاقات اجتماعية مختلفة ، وتفرض أيضاً نوعية من الضغوط الحياتية اليومية لم تكن موجودة أو ظاهرة في وقت سابق . فأشارت دراسة قام بها ناي واربينج (Nie and Erbing, (2000 من جامعة ستانفورد الأمريكية والتي عملا من خلالها على مسح عام لمجتمع الولايات المتحدة فوجدا أن هناك تأثيراً مباشراً مرتبطاً باستخدام جهاز الإنترنت على العلاقات الاجتماعية للفرد في المجتمع الأمريكي . وخلصت الدراسة إلى أن هناك ارتباطاً بين المدة التي يقضيها الفرد أمام جهاز الحاسب الآلي مستخدماً الإنترنت ، وبين العزلة الاجتماعية . فالعلاقات الاجتماعية تأثرت بشكل مباشر باستخدام الأشخاص المكثف للإنترنت . فكلما زاد عدد الساعات التي يقضيها المرء في استخدام الإنترنت ، زاد انخفاض التفاعل الأسري والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين . والذي دعا الباحثين في النهاية إلى التحذير من أن العالم سوف يتحول إلى عالم ذرات دون مشاعر إنسانية ودون تفاعل مباشر إذا استمر اللجوء إلى استخدام هذه التقنية والافراط باستخدامها . فهذه ارتبطت بشكل كبير بمفهوم العزلة الاجتماعية والذي يعتبر بعداً من أبعاد الاغتراب الاجتماعي .

ولقد أشارت دراسة محلية أخرى قام بها يعقوب الكندري وحمود القشعان (2002) أيدت نتائج هذه الدراسة على فئة الشباب في المجتمع الكويتي . فهناك اتجاه لدى الشباب نحو الإفراط في استخدام هذه التقنية والابتعاد عن العلاقات الاجتماعية الحقيقية . فقد أشار الباحثان إلى نتيجة مشابهة تفيد الارتباط بين مقدار استخدام الحاسب الآلي الإنترنت وبين العزلة الاجتماعية . ففرض هذا الاستخدام التكنولوجي وجود الأفراد داخل المنازل والغرف المغلقة وبمفردهم مستخدمين

الإنترنت ، نوعاً جديداً من العلاقات الاجتماعية بدأ يظهر . هذا النوع من الاستخدام عرض الإنسان إلى نوع من أنواع الاغتراب الاجتماعي المتمثل في العزلة الاجتماعية .

لعل هذا النوع من أنواع التفاعل الاجتماعي الجديد ولّد نوعا جديداً من الضغوط التفاعلية التي ظهرت وارتبطت بالمجتمع الحديث ومعطياته . هذا التفاعل ولد شعوراً وإحساساً بالعزلة وترك العلاقات الاجتماعية أو استبدالها بعلاقات اجتماعية غير حقيقية . فظهرت هناك أمراض اجتماعية نفسية إزاء ظهور هذه التقنيات الحديثة . فالعزلة الاجتماعية هي أبرز سمات المجتمع الحديث ، وذلك بكونه بعداً من أبعاد الاغتراب الاجتماعي .

ولعل الضغوط التي يتعرض لها الإنسان في أثناء عمله ، وهي تلك التي تسمى بضغوط العمل أحد أبرز هذه الضغوط التفاعلية التي تزايدت بشكل كبير في المجتمع الحديث والمعاصر . فالوظيفة الحديثة فرضت تفاعلات اجتماعية وإنسانية اختلفت عن تلك التفاعلات الموجودة في المجتمعات التقليدية . ففي المجتمع الزراعي أو الذي يقوم على الفلاحة أو رعي الغنم والماشية على سبيل المثال ، فإن التفاعل الإنساني يبقى محدوداً ومحصوراً داخل نطاق الأسرة ، والقبيلة ، وإن تعداه فلا تخرج العلاقات الاجتماعية والتفاعلية عن تلك حدود ضيقة ، وبأوقات محددة . إضافة إلى أن عملية الاكتفاء الذاتي كانت سائدة بشكل كبير في كثير من المجتمعات ، وكذلك امتهان الأسر لوظائف معينة كالحدادة ، والتجارة ، والتصنيع بأنواعه المتوفرة محصورة داخل النطاق ، ولا تسري خارجه ، بالتالي فإن العمل وضغوطه كانت محصورة ومحدودة وذات نطاق ضيق . وكان نطاق المسؤوليات أيضاً

محدوداً وكانت المعطيات والاغراءات الوظيفية أيضاً محدودة ومحصورة . فالمكافأة على سبيل المثال لن تكون بترقية أو بتلقي درجة أو تقع داخل الدائرة التنافسية مع الآخرين ، إنما تنحصر المكافأة في مقدار الإنتاج الذي يعود على الشخص ، والذي يعود بالمنفعة المادية المباشرة . فالضغوط هنا ستكون بكل تأكيد أقل من تلك الضغوط التي يتعرض لها الإنسان في الوظيفة في المجتمع الحديث .

فالطبيعة الوظيفية الحديثة مختلفة عن تلك الحالة أو الطبيعة الوظيفية في المجتمعات التقليدية . وقد أوجز علي عسكر (2000) بعضاً من العوامل المهنية والوظيفية التي من الممكن أن تلعب دوراً أساسياً من حيث هي ضغوط أفرزها العمل وطبيعته ، يمكن إيجازها هنا بصراع أو تعارض الدور ، وطبيعة العمل نفسه ، وزيادة الحمل الوظيفي ، والبيئة المادية ، وغموض الدور ، ونظام العمل كالمناوبة ، ومسؤولية الآخرين ، ومناخ المؤسسة التنظيمية التي يعمل فيها .

فالعمل الحديث من الممكن أن يفرز صراعاً وتعارضاً عندما يكون هناك أكثر من مطلب يريد الفرد تحقيقه في آن واحد كالدور الوظيفي والدور الأسري والواجبات الأسرية التي تفرضها الأسرة على صاحب العمل ، أو حتى صاحبة العمل . ولعل من ابرز الأمثلة الحالية هو خروج المرأة للعمل ومضاعفة مسؤولياتها الحياتية واليومية . فالمطلوب منها في ظل النظام الأسري المحلي والشرق أوسطي على سبيل المثال ، القيام بواجبات الزوج والأطفال ، من رعاية وتعليم واعتناء إضافة إلى التزامها في عملها متساوية بذلك مع الرجل ، فتنشأ هناك ضغوط كبيرة نتيجة لهذا الصراع بين الدور الذي تمارسه هذه الأم والزوجة والموظفة . فهناك أكثر من مطلب يفترض أن يتم تحقيقه في الوقت الواحد . ولقد أوضح ذلك باروخ وزملاؤه

Baruch et. al. (1987) والذي أوضح بأن عمل المرأة وهي أم وزوجة يؤدي إلى صراع الأدوار ، تتعرض المرأة من خلاله في النهاية إلى اضطرابات نفسية .

ويشير عسكر (2000) أيضاً إلى أن الضغوط من الممكن أن تنتج عن طبيعة العمل نفسه سواء في المسؤوليات الملقاة على الموظف أو طريقة الأداء . فالأعمال التي من طبيعتها الحفاظ على حياة الناس تعتبر أكثر إقلاقاً إذا تمت مقارنتها ببعض الأعمال ذات الطبيعة المكتبية . وهناك من الأعمال الحديثة ما يزيد من المهام الملقاه على الفرد . فزيادة الأعباء والمهام المطلوبة من حيث الكمية أو المهارة يؤدي إلى مشكلات بدنية وعقلية . ومكان العمل أيضاً من الممكن أن يلعب دوراً في الضغوط . فالبيئة المادية للعمل مثل الحرارة ، والإضاءة والضوضاء ، ومكان العمل غير المناسب من الممكن أن تكون مصدراً من مصادر الضغوط . إضافة إلى ذلك ، فهناك بعض الأعمال يغيب فيها الوضوح في المسؤوليات المهنية المطلوبة وخاصة تلك التي يحدث في بداية استلام العمل الجديد ، الترقية ، النقل ، تعيين رئيس جديد وغيره من هذه الأمور التي تؤدي إلى انخفاض في الرضا الوظيفي وإلى التوتر . الأمر الآخر المستحدث هو نظام المناوبة في العمل على مدار أربع وعشرين ساعة . فقد أوضحت بعض الدراسات إلى أن نظام المناوبة له تأثير سلبي على عادات النوم والعلاقات الاجتماعية ، وترتبط بالشعور بالتعب ، والنوم المتقطع واضطراب الشهية وغيرها من الأعراض التي تزيد من الاحساس بالضغوط . والمسؤولية عن الآخرين أيضاً تزيد من الضغوط على الفرد خاصة في بيئة العمل التي تعطى أهمية للمساءلة أو المحاسبة في العمل ، وهذه المسؤوليات سواء كانت على الأفراد أو ألأدوات والأجهزة ، فإنها تكون تحت مسؤولية الموظف المسؤول مما

يزيد من مهامه في المحافظة عليها ، وبالتالي ارتباطها بالضغوط . وأخيراً المناخ المؤسسي والتنظيمي والذي يوضح بأن كل منظمة أو مؤسسة لها أسلوبها الخاص في التعامل مع موظفيها وعامليها . فهناك المؤسسة التسلطية التي يديرها مدير تسلطي على سبيل المثال مما يخلق مناخاً متوتراً مضغوطاً ومشحوناً ويولد الخوف وعدم الثقة ، والعكس صحيح في بيئة العمل المتسامجة التي تولد شعوراً بحب العمل وتبعد التوتر . فبيئة العمل ومناخها العام من الممكن أن يخلق ضغوطا على العاملين فيها .

فهذه العوامل المهنية والوظيفية ارتبطت بشكل واضح ومباشر بالأعمال الحديثة وبالأعمال في المجتمع الحديث والمعاصر . فقد لعبت هذه العوامل الحديثة دوراً في إحداث تفاعلات اجتماعية جديدة لم تكن موجودة في السابق في المجتمع التقليدي . هذا التغيير الطارئ على العمل أنتج نوعاً من الاضطرابات النفسية ، إضافة إلى أن طبيعة العمل اختلفت ، فندرت الأعمال في المجتمع التقليدي التي يكثر فيها الحفاظ على حياة الناس ، والتي تعتبر أشد إقلاقاً ، إضافة إلى أن المهام الوظيفية كانت واضحة ومحددة . فالعمل كان ذا طبيعة معينة ومحددة لا تكون فيها زيادة عما هو مطلوب بعكس الوظيفة في المجتمع الحديث . أما بالنسبة للبيئة الخاصة بالعمل ، فكانت في المجتمع التقليدي بيئة طبيعية صرفة يتعامل فيها الإنسان ويتفاعل مع هذه البيئة عكس البيئة الصناعية في المجتمع الحديث التي تتعرض لمعطيات مادية وتكنولوجية متعددة تحيط بالفرد . أما الدور فقد كان واضحاً ومحدداً في المجتمع التقليدي ، فما هو مطلوب من العامل أو الموظف كان واضحاً دون وجود أي غموض يعتريه . فقد يكون المشرف على العمل هو الشخص نفسه

أو والده أو أحد أقاربه ، فالتوتر قد يكون معدوماً . إضافة إلى ذلك ، فإن أوقات العمل في المجتمع التقليدي تكون في فترات محددة لا تتعداها . وتبدأ مع طلوع الشمس وتنتهي بغيابها في أغلب الأوقات . فالنوم المتقطع والتوتر واضطراب الشهية قد تكون سمة غير بارزة في المجتمع التقليدي . وتنشأ المسؤولية في المجتمع التقليدي على أفراد الأسرة والقرابة المحيطة دون أن تكون هناك شبكة عامة من العلاقات التي يكون فيها الشخص مسؤولاً عنها .

فالمجتمع الحديث فرض نوعاً من العلاقات التفاعلية الخاصة سواء من خلال العمل وعلاقاته ، والعلاقات التفاعلية الجديدة التي تحدث بين الإنسان ومعطيات البيئة الحديثة مثل التكنولوجيا والتي سبق الحديث عنها . فالضغوط الاجتماعية الناتجة من التفاعل مع الآخرين أو التفاعل مع الآلة والتقنية التي أثرت على التفاعل مع الآخرين أصبحت من أبرز الضغوط التي تواجه المجتمع الحديث ، وأصبحت سمة من سماته .

ضغوط الانتقال :

لقد شهدت المجتمعات الحديثة ، والعصر الحديث والمعاصر على وجه التحديد تنقلات كثيرة وكبيرة بين مجموعات سكانية متعددة انتقلت فيها هذه المجموعات من مكان لآخر ، ومن مجتمع لمجتمع آخر ، وذلك لأسباب متعددة . فقد تكون هجرات تطوعية ـ أو هجرات إجبارية ، أو هجرات مؤقتة ، أو هجرات من أجل لقمة العيش وغيرها من الهجرات التي قد تكون محبذة أو غير مرغوب فيها . ولعل كل الأنواع الخاصة بالهجرات ارتبطت بتعرضها لأنواع محددة من الضغوط من الممكن

أن تؤثر على حياة الفرد وصحته . فالهجرة القهرية أو غير المحبذة سوف يتعرض المرء من خلالها الإنسان إلى ضغوط وأساليب القهر والاستبداد والتوتر من قبل المجتمع المضيف . فهنا سوف تتولد ضغوط من المجتمع المضيف بجميع جوانبه وبيئاته سواء أكانت هذه الضغوط تأتي من سوء الأوضاع الاجتماعية أو السياسية أو الاقتصادية أو حتى الدينية . فالمجتمع يفرض نوعاً من الضغوط على المهاجرين المضطربين . أما الهجرة الطوعية أو الهجرة المرغوبة ، فهي أيضاً لا تخلو من وجود أو حدوث أنواع محددة ومعينة من الضغوط التي ارتبطت بها . فقد سبق أن تم الحديث عن مفهوم ما يسمى بالاندماج الثقافي Acculturation ومدى تكيف وتقبل واكتساب صفات المجتمع الأصلي والانخراط والتكيف مع سلوكياته . ولا شك أن الهجرة التطوعية غالباً ما تكون لتحسين الوضع الاقتصادي والوضع الاجتماعي للشخص المهاجر . ولذلك ، فإنه من السهولة أن يشق طريقه ا للتكيف مع هذا المجتمع إذا ما أراد أن يحقق قدرا من رفع المستوى الاقتصادي والاجتماعي . فتركه للبيئة الفقيرة أو مجتمعه التقليدي الذي كان فيه يلزمة التكيف مع البيئة أو المجتمع المتقدم الذي يعرض من خلال المعيشة فيه ضغوطاً اجتماعية ونفسية ارتبطت به كما سبقت الإشارة .

فهناك العديد من الحوادث والدراسات التي تؤكد تعرض المهاجرين والاتصال الثقافي بين مجتمعين أو ثقافتين إلى التكيف واكتساب السمات الخاصة بالمجتمع المهاجر إليه بشكل عام (Baker, 1985; Dressler, 1982; Harisson, 1996) وإلى اكتساب أو التعرض إلى الضغوط النفسية والاجتماعية نتيجة للمعطيات المتعددة التي يلقاها المهاجرون في هجرتهم بشكل خاص (انظر : ;Barry and Brilo, 2002

Miller and Chandler, 2002; Carmel, 2001; Zolkowska et. al., 2001; and . (Uppaluri et. al., 2001

إن الهجرة نفسها من الانتقال من مكان لآخر أو من ثقافة لأخرى هي عملية ضاغطة تحدث تغيراً في حياة الإنسان . وكما أشار اينجر (1990) في دراسة سابقة إلى أن المهاجرين الجدد في الغالب يخضعون لبعض من المتغيرات والمعطيات التي من الممكن أن تسهم في تعرضهم لضغوط مثل العزلة ، الحزن والشعور بعدم الأمان من محيطه . والبعض قد يكون ترك أهله وأسرته وأصدقاءه ومحيطه الاجتماعي . وفي كثير من الأحيان يترك الشخص لغته ويتعرض إلى لغة جديدة لا يفقهها ، ويجد بعض الطقوس المختلفة في حياته ، والمعتقدات الدينية المختلفة عما كان يمارسها أو معتاداً عليها . ولعل هذه الهجرات لا تكون فقط من مجتمع إلى آخر فقط إنما حتى الهجرة من الريف إلى المدينة في نفس الإقليم ، أو الهجرة من المنطقة الزراعية إلى الصناعية أو الهجرة من الأماكن التي لا تحتاج إلى مهارة عمل إلى مجتمع وثقافة يعتمد في انتاجه على المهارة على أنها شرط أساسي في الانتاج . فهي إشكاليات ثقافية يتعرض لها المهاجر في أثناء انتقاله من مكان لآخر . ولعل أشد أنواع الهجرات هي التي يتعرض لها الإنسان في ما أسماه ايزينبرخ Eisenbruch (1988) بالحرمان الثقافي . وهو ذلك النوع من الفقدان القسري للثقافة أو الأرض التي كان ينتمي لها الشخص وهي تحدث للاجئين ، فهم قد تركوا ديارهم وأرضهم بصورة قسرية ، ولذلك فهم من أكثر الأشخاص تعرضاً للحرمان الثقافي ، ومن ثم للضغوط المتعددة في المجتمع المهاجر إليه أو المنفيين إليه (انظر : Helman, 1997) .

فالهجرة والتنقل من مكان إلى آخر من أبرز سمات المجتمع الحديث . ولا شك ، إذا ما لاحظنا المجتمعات المتقدمة مثل الولايات المتحدة أو مجتمع المملكة المتحدة ، أننا نجد أن هذا المجتمع يحمل ضمن إطار حدوده الجغرافي كثيراً من الأعراق والجماعات المتعددة التي انتقلت من مختلف بقاع الأرض . فهناك ، على سبيل المثال ، الهجرة الطوعية الهجرة الإجبارية ، في مجتمع الولايات المتحدة ، والمملكة المتحدة . فكثير من المهاجرين الباحثين عن لقمة العيش وعن تحسين الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية يلجؤون إلى هذه المجتمعات . وفي المقابل ، نجد الكثير من المنفيين واللاجئين والمطرودين من مجتمعاتهم يلجؤون إلى هذه المجتمعات على أنها خيار بديل مقر إقامة لهم بعدما ضاقت بهم مجتمعاتهم ، وحتى على مستوى المجتمعات المحلية ، فإن هناك كثيراً من الهجرات التي تكون بداية مؤقتة وتستمر إلى أن تصبح دائمة عند الكثير . فهناك كثير من الأقليات والعرقيات المختلفة التي ترتبط بهذه المجتمعات ، وتتعرض لعدد من الأحداث اليومية الضاغطة نتيجة للاختلاف الثقافي بين الثقافتين .

ومن المفيد في النهاية أن نوضح أن الضغوط الاجتماعية والنفسية من الممكن أن تصدر وتنبعث كنتيجة للكوارث والأزمات . ومع إمكانية تسبب الأزمات والاضطرابات النفسية في أثناء فترة الكارثة نفسها ، فإن ذلك لا يعني أن تأثير هذه الأزمة والكارثة سينسحب أيضاً إلى ما بعد الأزمة أو الكارثة .

ولعل من أبرز الأزمات التي مر بها المجتمع المحلي هي تلك الأزمة التي نتجت إزاء احتلال العراق للكويت خلال الفترة من ٢/ ٨/ ١٩٩٠ إلى ٢٦/ ٢/ ١٩٩١ . فهذه الشهور السبعة التي وقع فيها الكويتيون تحت الاحتلال خلفت كثيراً من

الضغوط والآثار والاضطرابات النفسية المتعددة على الإنسان الكويتي . فهذه الأزمة لا زالت تترك آثارها على أفراد المجتمع المحلي . وقد تناول عدد غير قليل من الدراسات المحلية هذه الآثار النفسية والاضطرابات التي حدثت من جراء هذه الأزمة (انظر على سبيل المثال : عويد المشعان ، 1993 ؛ أحمد عبد الخالق وعويد المشعان ، 1994 ؛ راشد سهل ، 1992 ؛ زين العابدين درويش ، 1992 ؛ أحمد عبد الخالق ، 1993) . فهي أزمة خلفت كثيراً من الإشكاليات النفسية . ولا شك أن أحد أبرز المشكلات النفسية الموجودة إلى الآن ما زالت آثارها النفسية تأخذ أبعاداً سلبية كثيرة في نفسية كثير من الكويتيين هي قضية الأسرى القابعين في السجون العراقية . فهناك معاناة شديدة وضغوط نفسية اجتماعية تركت آثارها على كثير من أهالي الأسرى والمرتهنين . وفي دراسة عن التنشئة الاجتماعية لأبناء الأسرى والشهداء والتأثير النفسي لعملية الأسر والاستشهاد عليهم في المجتمع الكويتي ، أوضح فهد الناصر (1998) أن هناك معاناة شديدة تسمى بحالة «الفقدان الأساسي» Major Losses . وهي حالة نفسية يعيش من خلالها أبناء الأسرى والشهداء تحت ظروف أزمة شديدة ويعانون من ضغوط نتيجة لهذا الفقدان (انظر أيضاً : فهد الناصر ، 2001) . فهو جانب نفسي سلبي يحدث بصورة متواصلة على الرغم من مرور عدة سنوات على هذه الأزمة . وقد يكون عدم معرفة الأبناء لأوضاع ذويهم إن كانوا موتى أو أحياء ، والحالة التي قد يكونون عليها يعود بالضرر الأكبر عليهم طالما أن الأمر لا يخلو من تذكر وترقب مستمرين .

ولعله من الواجب في الختام أن نعرض بشيء من الإيجاز أحد أبرز الجوانب السيكولوجية التي ارتبطت بعمليات التحديث وأثرت بشكل كبير على الفرد في

هذا المجتمع وشكلت بالنسبة له مسألة حياتية ضاغطة مهمة وجديرة بالبحث والاهتمام ، وهي تلك التي أشار إليها دريسلر في بعض دراساته والخاصة بما يسمى بالتعارض النفسي أو عدم الثبات النفسي Status of inconsistency والذي سيعرض تفصيلاً عنها وعن علاقتها بارتفاع ضغط الدم على أنه أحد أبرز الأمراض العصرية التي يؤثر بها هذا التعارض النفسي في الفصل القادم . ولعل من أبرز ما أفرزته معطيات المجتمع المتحضر والحديث هو الاعتماد الفردي ورغبته في رفع مكانته الاجتماعية . فيحاول الفرد في هذا المجتمع بشتى الطرق أن يرفع هذه المكانة الاجتماعية . إن عملية رفع المكانة الاجتماعية ترتبط بشكل مباشر بالسلوك الاقتصادي . فبمقدار اقتناء الاحتياجات المادية وتناولها واستهلاكها بمقدار ما يكون تمتع الفرد بقدر عال من السلوك الاقتصادي الذي يلائم المكانة الاجتماعية التي يحافظ عليها الإنسان أو يسعى إلى تحقيقها . ولقد أفرز المجتمع الحديث الرغبة عند الأفراد والمجموعات السكانية بشكل عام إلى رفع المكانة الاجتماعية ، وذلك عن طريق اقتناء واستهلاك مقتنيات وسلع اقتصادية قد تفوق قدرتهم المادية . فهذا الوضع هو الذي فرض نوعاً من أنواع الصراع النفسي الذاتي ، وشكل -بما لا يقبل مجالا للشك- ضغطاً كبيراً على الفرد وأسرته (انظر على سبيل المثال Dressler, 1982; 1994) .

فالمجتمع الحديث قد فرض أحداثاً ضاغطة أثرت بشكل كبير على الإنسان الذي يعيش في هذه المجتمعات . ولا شك أن ذلك لا يعني بأن المجتمعات التقليدية لا تعاني من وجود أحداث حياتية ضاغطة ، فهي موجودة طالما وجد الإنسان ووجدت العلاقات الإنسانية والتفاعلية . ولكن ما يميز المجتمع الحديث ، هو كثرة

هذه الأحداث الضاغطة التي بدأت تظهر نتيجة لعوامل التغير الاجتماعي والثقافي وعمليات التحديث . فبرزت كثير من الأحداث اليومية الحياتية التي لم تكن موجودة في السابق وظهرت مع ظهور المجتمعات بشكلها الحديث . فبرزت وتفاعلت الضغوط من مصادر أكثر تعدداً وتنوعاً مما كانت عليه بالسابق . فالضغوط بشكل عام كما سبقت الإشارة تحدث نتيجة لتفاعل ثلاثة عوامل رئيسية بيولوجية ، واجتماعية نفسية ، وبيئية . فالبيئة المحيطة قد تغيرت وتبدلت نتيجة لعوامل التغير الاجتماعي والثقافي وعمليات التحديث التي نقلت البيئة الإنسانية وما تعرضه من معطيات مادية وغير مادية إلى بيئة إنسانية انتهت بشكل كبير من خلال معطياتها إلى إحداث وبروز اضطرابات وضغوط اجتماعية ونفسية أثرت على صحة الإنسان وبيولوجيته .

الباب الثالث

الاتجاه الأنثروبولوجي الجديد في دراسة الأمراض

The New Anthropological Aspect in Studying Diseases

الفصل السابع

الأمراض العصرية المزمنة: اتجاه جديد في الدراسات الأنثروبولوجية

Chronic Degenerative Diseases:
New Aspect in Anthropological Studies



الفصل السابع

الأمراض العصرية المزمنة: اتجاه جديد في الدراسات الأنثروبولوجية

Chronic Degenerative Diseases: New Aspects in Anthropological Studies

الانتقال من الأمراض المعدية إلى الأمراض المزمنة :-

من المعروف أن المجتمعات الإنسانية التي تعيش حالةً من الرفاهية والتقدم ، تحيا في مجالات التحديث قد مرت بمراحل تاريخية من حياتها . فهذه المجتمعات سواء كانت غربية أو حتى في بعض الدول والمجتمعات غير الغربية و التي أصابتها عوامل التحديث قد مرت بأطوار متعددة من تاريخها ، ولعل هذا الانتقال حمل معه تغيرات شملت مختلف مرافق الحياة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والدينية . ومن جملة هذه التغيرات تلك التي تتعلق بالأمراض وأنواعها . وقبل الدخول في التفاصيل الخاصة بالأمراض العصرية المزمنة ، لابد من الوقوف برهة على إبراز العملية الانتقالية لتاريخ هذه المجتمعات الإنسانية وارتباطها بقضيتي الصحة والمرض .

ولابد من الإشارة إلى أن أهم عملية انتقالية مرت بها كثير من المجتمعات الإنسانية ، هي ذلك الانتقال الذي يرتبط بالوضع الاقتصادي ، والانتقال من المجتمع الفقير نسبياً إلى مجتمع غني وفير الثروة ، فهناك كثير من المجتمعات الإنسانية قد

عانت ظواهر الفقر ، وهذا الفقر قد ارتبط في المجتمع بوضع صحي سيئ . ولا زالت كثير من دول العالم الثالث تعاني من الظواهر الصحية السيئة نتيجة لعوامل الفقر ، والتي تجعل من الدولة عاجزة عن معالجة الخلل أو في بعض الأحيان الكارثة . ولعل من أبرز السمات التي تميزت بها هذه المجتمعات الفقيرة كما ذكر طلال البابا (1986) هي قلة الوعي الثقافي ، وانعدام المؤسسات الاجتماعية واعتماد هذه الدول على وسائل التعليم البسيط . فغالبية السكان يعانون من مشكلات اجتماعية وصحية ، ويعيشون في حالة تعليمية وغذائية وسكانية سيئة .

ولعل أكثر ما يميز المجتمعات الفقيرة هو وجودها في بيئة تتميز بعوامل طبيعية مناخية تساعد بشكل كبير على انتشار كثير من الأمراض ، وخاصة تلك العوارض الجوية التي تتعلق بالأمطار ، الحرارة ، والرطوبة . فتظهر كثير من الأمراض المرتبطة مع هذه الحالة الجوية ، وتنتشر أمراض كالملاريا ، والحمى الصفراء ، والكوليرا وغيرها من الأمراض (محمد الشوكاني ، 1996) .

ولعل ذلك يرتبط بجانب آخر وهو ذلك المتعلق بتدني المستوى المعيشي ، وسيادة الفقر في هذه المجتمعات ، والذي قد يضاعف من تعرض هذه الأقاليم إلى الأمراض وسوء الأحوال الصحية . فهناك الكثير من المجتمعات يعيش كثير من أفرادها بدون مسكن وبدون رعاية اجتماعية أو صحية ، ويعيشون في أجواء مناخية غير طبيعية وغير مناسبة ، ولذلك فإن نسبة تفشي الأمراض ، والاعتلال المرضي كبير عند هذه المجتمعات . ويحسب ما جاء في تقرير منظمة الصحة WHO فإن الدول الفقيرة مثل سيراليون ، النيجر ، مالاوي ، زامبيا ، أوغندا ، زمبابوي وغيرها تمثل قاع الجدول الخاص بارتباطها بالأمراض وعلاقتها بأسباب الوفيات نتيجة

للأمراض . ولعلنا نلاحظ من خلال الجدول (٧) أبرز الأرقام عن معدل الوفيات للأطفال الرضع ، ومتوسط أمد الحياة على عدد من دول العالم حسب ما ذكره محمد خميس الزوكة في كتابه البيئة ومحاور تدهورها وآثارها على صحة الإنسان .

جدول (٧) يوضح معدل الوفيات وأمد الحياة

الدولة	معدل الوفيات	متوسط الحياة	الدولة	معدل الوفيات	متوسط الحياة
اليابان	٤	٨٧	البرازيل	٦٠	٦٢
كندا	٧	٧٨	كينيا	٧٤	٥٣
فرنسا	٧	٧٨	مصر	٧٦	٦١
أستراليا	٧	٧٨	الهند	٧٨	٥٩
الولايات المتحدة	٨	٧٦	باكستان	١٠٢	٧٥
سوريا	٤٣	٦٦	بنجلاديش	١٠٧	٥٥

(المصدر : محمد خميس الزوكة ، ١٩٩٦)

ولعله من خلال هذا الجدول يتضح لنا ارتباط العاملين الأساسيين لحدوث وفيات الرضع ، ولانخفاض أمد الحياة في بعض في الأقطار . فعامل الفقر ونقص الرعاية الصحية التي يمنع كثير من الأشخاص الحصول عليها نتيجة لنقص في المقدار الكافي من المال ، والجهل المنتشر ، يؤدي بشكل كبير إلى التأثير على عوامل الوفاة وتقصير أمد الحياة بالنسبة للسكان وهذا ما قد وضحه الجدول السابق .

فالمجتمعات المتقدمة الغربية انتقلت عبر عدة مراحل من تاريخها المتعلق بالصحة والمرض إلى أن وصلت إلى مرحلة ما تسمى «بالانتقال الوبائي»

Epidemiological transition أي : مرحلة الانتقال إلى أمراض محددة بعدما كانت هناك أنواع مختلفة من المرض سائدة ، فهناك مراحل متعددة من الزمن المرضي - إذا صح التعبير - قد ظهرت في فترة زمنية محددة ثم ما لبثت أن اندثرت ، وقلت نسبتها ، وبدأت أمراض أخرى تظهر وتكون مسببة رئيسة للوفاة في هذه المجتمعات المتحضرة والتي تمر بعمليات التحديث . ولعل بالإمكان تقسيم هذه الحالات من الأمراض إلى ثلاث مراحل زمنية .من تاريخ هذه المجتمعات (Molnar, 1992; pp: 311-313) :

١ - المرحلة الأولى :-وهي المرحلة التي تميزت بمعدلات عالية من الوفيات وذلك من خلال الإصابة بالأمراض المعدية مثل مرض الجدري ، الكوليرا ، التيفوئيد ، الطاعون ، والأمراض المعدية التي تصيب الجهاز التنفسي في الجسم وغيرها من الأمراض المعدية الأخرى . هذه الأمراض كان من السهل أن تنتقل بين أفراد المجتمع وذلك في ظل أجواء تساعد على هذا الانتقال مثل الوضع المعيشي السيئ داخل المنزل ، الطعام السيئ والفقير بالمكونات والمواد الرئيسه ، إضافة الى زيادة نسبة السكان في المدن غير المهيأة للمعيشة بهذه الأعداد . كل ذلك ساعد على ظهور مثل هذه الأمراض المعدية وسرعة انتشارها قبل القرن الثامن عشر . هذه الأمراض سببت نسبة كبيرة من الوفيات بين الأطفال والرضع على وجه التحديد . العمر الافتراضي أو معدل العمر كان محصوراً بين ٢٠ - ٤٠ سنة في فترة من الفترات على مستوى المجموعات السكانية .

٢- المرحلة الثانية :-حدث نوع من أنواع التحسينات في تدابير حفظ الصحة العامة في المجتمع بالنسبة للسكن والحالة المعيشية ، والذي صاحبه انخفاض كبير

ومباشر في تأثير كثير من الأمراض المعدية ، والذي على أثره تم الانتقال والتحول في معدلات الوفيات لتشمل من هم كبار السن . فأصبحت معدلات الوفيات بينهم عالية . والأطفال أصبحت فرصتهم أكبر في الحياة وبلوغ مرحلة الشباب . وفي هذه المرحلة بدأ العمر الافتراضي للوفاة يصل إلى الخمسين سنة .

٣- المرحلة الثالثة :- بدأت هذه المرحلة من الانتقال المرضي في هذه المجتمعات عند بداية القرن العشرين تقريباً حيث أصبح هناك تحول رئيسي في مسببات الوفاة ، وبسبب بعض الإجراءات الوقائية التي تم استخدامها واستحداثها . كثير من الأمراض المعدية لم تعد تسهم بإصابة السكان بحالات من الوفيات في المجتمعات المتقدمة ، بينما ظلت هذه الأمراض المعدية في بداية القرن العشرين موجودة ومنتشرة في كثير من أقطار البلدان المتخلفة والمجتمعات النامية ، فظلت بعض من الأمراض موجودة خاصة تلك التي تصيب صغار السن والأطفال ، كالدرن وغيرها من الأمراض ، التي قلت بشكل كبير في البلدان والمجتمعات المتقدمة . ولعل من الأسباب الرئيسة للوفاة في الوقت الحالي ويعد هذه النقلة هو ما يسمى بالأمراض العصرية المزمنة Chronic Degenerative Disease مثل أمراض القلب ، السرطان ، أمراض الجهاز التنفسي ، والتي بدأت تظهر في الأعمار المتوسطة والتي اعتبرت أحد أبرز الأسباب للوفاة في الأعمار الكبيرة . أنواع متعددة من أمراض السرطان والقلب حلت بشكل مطرد بدلاً من أمراض الدرن والأمراض الأخرى . ففي منتصف هذا القرن ارتفع معدل الوفاة إلى أن وصل إلى ٦٥ سنة ولكن مع زيادة خطورة الوفاة من الأمراض العصرية المزمنة . أمراض خطيرة جديدة أصبحت تهدد الإنسان ارتبطت بالأمراض الخاصة بالجهاز

التنفسي مثل التهاب الشعب الهوائية وأصبحت عوامل مهمة في معدلات الوفاة . وفي فترة الثمانينات ، ظهر مرض قاتل عُرف بمرض نقص المناعة المكتسبة الايدز (AIDS) Acquired Immune Deficiency Syndrome ، والذي اعتبر أحد أبرز الأسباب الخمسة عشر المسببة للوفاة في المجتمعات الغربية .

إن عملية التحسن والتطور في الغذاء والتغذية ، وتنقية المياه التي أصبحت نظيفة ، والتصرف النظيف والوقائي مع القاذورات والفضلات البشرية أدى ذلك كله إلى الانخفاض بشكل كبير في حدوث وانتشار الأمراض المعدية . وفي المقابل فإن عملية التغير في طرق الحياة والمعيشة المرافقة للتصنيع والتحديث والأمور التي ارتبطت به مثل التلوث ، التدخين ، والتغذية غير المنظمة أسهمت في زيادة التعرض إلى أمراض القلب والرئة والسرطان . فالإفراط في الغذاء من المواد الدهنية الحيوانية ، مع محدودية التمارين الرياضية أصبحت ترتبط بعوامل التعرض للأمراض الخاصة بالقلب . ولقد نصحت منظمة القلب الأمريكية The American Heart Association المواطنين الأمريكان على سبيل المثال ، بالتقليل من نسبة السعرات الحرارية في الوجبات الغذائية ، والتقليل من نسبة استخدام الدهون الحيوانية . وزودتهم كذلك ببعض من الإحصائيات التي أثبتت نسبة الكولسترول الزائدة ومخاطرها على القلب .

باستعراض معدل حالات الوفيات في الولايات المتحدة على أنها أحد الأمثلة على هذه المجتمعات المتقدمة والمتحضرة بين سنتي ١٩٠٠ – ١٩٨٧ نجد أن هذه المعدلات تختلف من حيث الترتيب . ففي سنة ١٩٠٠ كان سبب الوفاة الأول هو مرض السل الرئوي ، حيث يبلغ المعدل ٩ , ٢٠١ حالة وفاة ، لكل ١٠٠ ألف حالة

ويأتي الإصابة بمرض الأنفلونزا والتهاب الرئة في المرتبة الثانية حيث تبلغ ٥ , ١٨١ حالة وفاة لكل ١٠٠ ألف حالة ، والإسهال في المرتبة الثالثة (٢ , ١٣٣ لكل ١٠٠ ألف حالة) ، وثم أمراض القلب في المرتبة الرابعة بنسبة (١ , ١٣٢ لكل ١٠٠ ألف حالة) وفي المرتبة الخامسة الإعاقات الخلقية (٨ ، ٩١ لكل مائة ألف شخص) ، ويحتل سبب الوفاة بمرض السكر المرتبة الخامسة عشرة بنسبة (٧ , ٩ / ١٠٠ ألف) . وفي عام ١٩٨٧ ، يعتبر سبب الوفاة الأول في الولايات المتحدة أمراض القلب وبنسبة (٤ , ٣١٢ لكل ١٠٠ ألف شخص) ، وتحتل الأورام غير الحميدة السبب الثاني في معدلات الوفاة بنسبة (٩ , ١٩٥ لكل ١٠٠ ألف شخص) . وتأتي الإصابة بأمراض الشرايين الدماغية بالمرتبة الثالثة المسببة للوفاة بنسبة (٦ , ٦١ لكل ١٠٠ ألف شخص) ، بينما الحوادث الأخرى المتعددة تأتي بالمرتبة الرابعة بنسبة ٣٩ لكل ١٠٠ ألف شخص ، وتمثل أمراض الرئة المتفاقمة المزمنة السبب الخامس من حالات الوفاة وبنسبة ٢ , ٣٢ لكل ١٠٠ ألف شخص . وارتفع ترتيب مرض السكر إلى المرتبة السابعة وبمعدل ٨ , ١٥ لكل ١٠٠ ألف شخص فأمراض القلب تأتي بالمرتبة الأولى ، وأمراض السرطان في المرتبة الثانية ، وهذا يؤكد ما سبق ذكره . ولعله من المجدي هنا استعراض أبرز أهم الأمراض المزمنة المنتشرة بشكل كبير في المجتمعات الحديثة .

والجدول رقم (٨) يوضح لنا بالترتيب هذه الأمراض المسببة للوفاة بالمقارنة بسنتي ١٩٠٠ ، ١٩٨٧ ، أي : بعد مرور ٨٧ عاماً .

جدول (٨) يوضح أول ١٥ مرض مسبب للوفاة بحساب المعدل لكل ١٠٠ ألف شخص في الولايات المتحدة الأمريكية من سنة ١٩٠٠-١٩٨٧

١٩٨٧		١٩٨٧	
المرض	عدد حالات الإصابة	المرض	عدد حالات الإصابة
مجموع الأمراض	٨٧٢,٤	مجموع الأمراض	١,٧٥٥,٠
١- أمراض القلب	٣١٢,٤	١- السل الرئوي	٢٠١,٩
٢- أمراض السرطان والأورام	٧٩٥,٩	٢- الأنفلونزا والالتهاب الرئوي	٢٠١,٥
٣- أمراض الشرايين الدماغية	٦١,٦	٣- الإسهال والتهاب الأمعاء	١٣٣,٢
٤- حوادث عامة	٣٩,٠	٤- أمراض قلب	١٣٢,١
٥- أمراض الإعاقة الإعاقة الرئوية المزمنة	٣٢,٢	٥- الإعاقات الخلقية	٩١,٨
٦- التهابات الرئوية والانفلونزا	٢٨,٤	٦- التهاب الكلى الحادة	٨٩,٠
٧- مرض السكري	١٥,٨	٧- نزيف دماغي	٧٥,٠
٨- التهاب الشعبي للقصبة الهوائية	١٢,٧	٨- الانتحار	٦٧,٦
٩- التهاب الكبد المزمن	١٠,٨	٩- السرطان وأورام سرطانية أخرى	٦٣,٠
١٠- تشنج العضلات	٩,٢	١٠- الديفتيريا	٤٣,٣
١١- التهاب الكلى وتلفها	٩,١	١١- التيفوئيد	٣٥,٩
١٢- جرائم القتل	٨,٧	١٢- تليف كبدي	١٢,٩
١٣- أمراض الدم المتعفنة	٨,٢	١٣- الحصبة	١٢,٥
١٤- الأعراض التي تبدأ قبيل الولادة	٧,٥	١٤- السعال الديكي	١٢,١
١٥- فيروس نقص المناعة الإنسانية	٥,٥	١٥- مرض السكري	٩,٧

(المصدر : Molnar, 1992, p:313) .

وتشير البيانات أيضاً إلى أن هناك أمراضاً معينة لم تكن تعتبر من الخمسة عشر

مرضاً مسبباً للوفاة بدأت تظهر وتبرز بشكل كبير في وقت لاحق مثل حوادث الانتحار والقتل وأمراض الدم المتعفنة وأمراض نقص المناعة والحوادث العامة . فقد ظهرت في المجتمع الحديث على أنها أمراض مسببة للوفاة بشكل كبير . فالانتحار على سبيل المثال احتل المرتبة الثامنة في أسباب الوفاة في الولايات المتحدة . ذلك المجتمع المتقدم الذي بدأت الأعراض والاضطرابات النفسية فيه تزداد مما أدى في النهاية إلى ازدياد في حالات الانتحار بين الناس في هذا المجتمع ، إضافة إلى ذلك التعرض لحوادث قاتلة فعمليات القتل ازدادت وأصبحت من مسببات الوفاة الرئيسية في هذا المجتمع . لعبت عوامل سياسية واقتصادية واجتماعية دوراً كبيراً في ازدياد مثل هذه الحوادث القاتلة التي أصبح يتعرض لها الإنسان في المجتمع الحديث يومياً وبمعدلات مرتفعة جداً . والملاحظ أيضاً من الجدول أن هناك كثيراً من الأمراض التي كانت موجودة في فترة ١٩٠٠ وكانت مسببة للوفاة بدرجات كبيرة لم تظهر أو لم تعد هي من المسببات الخمسة عشر للوفاة . فقلت فاعليتها وذلك نتيجة للرعاية الصحية والتحسن في الخدمات الطبية التي قضت على كثير من هذه الأمراض السائدة في وقت لاحق ، المتمثلة في أمراض الإسهال والالتهاب المعوي ، وأمراض التيفوئيد والسعال الديكي ، والديفتيريا . إضافة إلى أن الإعاقات الخلقية لم تعد تحتل مرتبة عالية في نسبة الوفيات نتيجة للاهتمام المتزايد بالمعاقين وتوفير سبل المعيشة والعمل المناسبة لهم وتحسن الرعاية الصحية اللائقة .

ولعل مسببات الوفاة لعام ١٩٩٦ لم تختلف كثيراً عن سنة ١٩٨٧ الموضحة في الجدول أعلاه . فالمسببات الثلاثة الأولى للأمراض لا زالت كما هي والمتمثلة في أمراض القلب ، وثم السرطان والأورام السرطانية ، ومن ثم أمراض الشرايين

الدماغية . وحلت الأمراض الرئوية في المرتبة الرابعة ثم الحوادث العامة في المرتبة الخامسة ، حيث إن هذين المسببين قد تبادلا المراكز . ثم جاء الالتهاب الرئوي في المرتبة السادسة ، ثم مرض السكري في المرتبة السابعة ، وتلتها أمراض الإيدز ، والانتحار ، وأمراض الكلى بالمرتبة الثامنة والتاسعة والعاشرة على التوالي (Scala, 2000) . فهذه الأمراض تعد من سمات المجتمعات المتحضرة ، والتي تمر بعمليات تغير اجتماعي ثقافي سريع . فهي مسببات منتشرة في هذه المجتمعات المتعددة .

وإذا أخذنا المجتمع الكويتي على أنه أحد الأمثلة على مسببات الوفاة في المجتمعات المتحضرة ، فإننا نجد حسب ما أشارت منظمة الصحة العالمية WHO (1997) إلى أن أعلى نسبة وفيات كانت بسبب أمراض القلب ، والأوعية الدموية والسرطان بأنواعها المختلفة ، وتمثل نسبة الوفيات بسبب أمراض السكري وضغط الدم ، والسكتة الدماغية ، والحوادث بشكل عام وحوادث الطرق بشكل خاص نسبة عالية وفي مقدمة أسباب الوفيات في هذا المجتمع . بينما نجد في المقابل انخفاضا حاداً في بقية الأمراض المعدية ، حيث لا توجد أية حالة وفاة ، على سبيل المثال ، نتيجة لمرض التيفوئيد المعدي أو أي من الأمراض الأخرى مثل تشنج العضلات ، والسحايا ، والأمراض الخاصة نتيجة البكتريا ، والحصبة ، والملاريا في سنة ١٩٩٧ . وقد سجلت حالتا وفاة فقط نتيجة للسعال الديكي لطفلين عمرهما أقل من سنة ، وسجلت أربع حالات فقط لالتهاب السل الرئوي وغيره من الأمراض المرتبطة بالرئة . هذه الحالات والأمراض التي كانت سائدة ومنتشرة في وقت سابق ، والتي كانت تعتبر المسببات الأساسية لحدوث حالات الوفاة في ذلك المجتمع .

فالتحسنات في المستوى المعيشي الصحي بلغ درجة عالية بحيث حافظ على حياة الإنسان للعيش لمدة أطول ، وذلك نتيجة للقضاء على هذه النوعية من الأمراض . وتجدر بنا الإشارة هنا إلى أن انخفاض نسبة الأمراض المعدية وإيجاد العقاقير الطبية والوسائل الصحية المناسبة لمعالجتها قد جعل المجتمعات ترتفع فيها نسبة معدل الحياة في ظل ظروف صحية جيدة . وتجدر الإشارة أيضاً أن المجتمعات المعاصرة من الممكن أن تصنف أو تقسم إلى قسمين متقدمة ، ومتخلفة أو نامية . ولا شك بأن الأمراض المعدية التي كانت موجودة في السابق في المجتمعات المتقدمة أو التي تمر بعمليات التحديث ، موجودة إلى الآن في كثير من المجتمعات النامية تكون سبباً في حالات الوفاة . فعلى حد زعم مولنر Molner (1992) ، إلى أنه بينما تعتبر أمراض القلب ، والسرطان وأمراض الشرايين الدماغية أوائل مسببات الوفاة في دول العالم المتقدم ، فإن أمراضاً مثل السحايا ، والالتهاب الرئوي المتفاقم على سبيل المثال هي من أبرز مسببات الوفاة في المجتمعات النامية .

وبمقارنة بسيطة بين بعض المجتمعات المتقدمة والنامية في معدلات الصحة الجسمية الجيدة كما أوردتها إحصائيات منظمة الصحة العالمية WHO لسنة ١٩٩٧ ، فإننا نجد أن بلداً كاليابان يقدر فيه متوسط العمر بوضع صحي جيد ٨ر٧٣ سنة (٢ر٧١ للرجال ، ٣ر٧٦ للإناث) بينما نجد بلداً مثل النيجر أو روندا لا يتجاوز معدل العمر بوضع صحي جيد عن ٣٣ سنة . أما الكويت ، فقد أشارت التقديرات إلى ٣ر٦٤ سنة (٦ر٦٤ للرجال ، ٨ر٦٤ للنساء) هو العمر التقديري للمعيشة بوضع صحي جيد (WHO, 1997) . وهذا ما يعكس لنا بشكل حقيقي المستوى الصحي المتقدم في بعض الدول مثل اليابان ، الولايات المتحدة ، فرنسا ، المملكة

المتحدة ، فنلندا ، سويسرا والنرويج والسويد وغيرها من دول العالم الأول ، والوضع المتردي لكثير من الدول النامية مثل النيجر ، ورووندا ، وأفغانستان ، وبورندي ، وتشاد ، وجيبوتي ، وأثيوبيا وغيرها من الدول النامية التي تحتاج إلى كثير من الرعاية الصحية وتحسن عام في الخدمات الصحية .

فقد انتشرت نوعية معينة من الأمراض في كل مجتمع من المجتمعات . ولعل ماسيتم التركيز عليه هو ما يسمى بالأمراض العصرية المزمنة والمنتشرة في المجتمعات الحديثة والمجتمعات التي تمر بظروف تغير اجتماعي ثقافي وتحت عمليات التحديث ، فهي محور الاهتمام في هذا الجزء . ولعل أبرز هذه الأمراض التي سوف يتم التركيز عليها هي أمراض شرايين القلب ، وارتفاع ضغط الدم ، ومرض السرطان بأنواعه ، ومرض السكري . ولعل السبب الأساسي الذي يرجع إلى التركيز على هذه الأمراض بالتحديد ، هي النسب العالية التي أفادتها الإحصائيات ، كما سبقت الإشارة ، في أنها تمثل المراتب الأولى المسببة للوفاة في المجتمع الحديث . فهي من أكثر الأمراض انتشاراً في هذا المجتمع الحديث ، والتي عكست اتجاهاً جديداً للأمراض لم يكن منتشراً منذ فترات سابقة أو في المجتمعات التقليدية . ولا تهمنا هذه الأمراض من الجوانب الباثولوجية أو الإكلينيكية أو الجينية ، إنما سوف يتم التركيز على المسببات والمؤشرات الثقافية الاجتماعية التي تلعب دوراً في حدوث مثل هذه الأمراض . فالثقافة وتأثيراتها الصحية هي محور الاهتمام هنا مع التطرق لبعض الجوانب التي تعتبر مدخلا لدراسة التفاعل الثقافي الصحي .

أولا: أمراض شرايين القلب Cardiovascular Diseases

ما من جزء أو مكان في القلب الإنساني إلا ويتعرض إلى نوع من أنواع الإصابة والمرض . هذه الإصابة من الممكن أن تؤدي إلى مضاعفات قلبية حادة مؤقتة ، أو مزمنة دائمة . فالغلاف الخارجي للقلب المسمى (بالتامور) من الممكن أن يتعرض للإصابة به ، وعضلة القلب أيضاً من الممكن أن تتعرض للإصابة ، وغشاء القلب الداخلي المسمى (بالشغاف) أيضاً من الممكن أن يكون عرضة للإصابة . ولعل هناك أنواعاً متعددة لأمراض القلب ، مثل ارتفاع الضغط الشرياني ، ومرض تصلب الشرايين العصيدي . ومجموعة الأمراض القلبية الولادية ، والروماتيزمية (محمد ياسين ، 1981) .

وأشهر الحالات هي أن يتعرض الشخص إلى انسداد في الشرايين الخاصة بالقلب ، والتي تعتبر أبرز الأسباب الفردية للوفاة في المجتمعات الغنية . هذا النوع من الأمراض يحدث بسبب استمرارية تكدس وتراكم الدهون (الكلسترول) في الشرايين ، والتي تسد وتمنع بالتدرج تدفق الدم في مساره الطبيعي . ولعل انسداد الشريان التاجي ، والذي يعتبر مغذياً رئيسياً لعضلات القلب ، يعتبر من أهم المسببات الداخلية لحدوث الإصابة بأمراض القلب . هذا النوع من المرض ، والتعرض إلى مثل هذه الإصابة تعتبر منتشرة بشكل كبير بين فئات كبار السن ، وتحدث بشكل ترددي متزايد للفئات العمرية الصغيرة .

إن عملية انسداد الشرايين بشكل عام ودون حدوث جلطة قاتلة منتشر بشكل كبير في المجتمعات المتقدمة ، ففي الولايات المتحدة ، وهي أحد أبرز الدول

والمجتمعات المتقدمة . فإن حدوث مثل هذا الانسداد يعتبر كبيراً جداً ومنتشراً . فعلى سبيل المثال ٧٧٪ من نسبة الذين قتلوا خلال الحرب الكورية ، وبعد تشريح الجثث الخاصة بالجنود الأمريكان تبين أنهم كانوا يعانون من انسداد في الشرايين بدرجات متفاوتة . لقد كانوا من فئات صغار السن حيث يبلغ معدل العمر بالنسبة لهذه العينة ما يقارب ٢٢ سنة ، ويتميزون بأنهم أشخاص أصحاء (انظر : Manlier, 1992) . وهذا ما يعزز من أن كثيرا من السكان في العديد من المجتمعات المتقدمة يعانون من انسداد نسبي في شرايين القلب .

أمراض القلب في المجتمع المتحضر :

إن الإصابة بمرض الجلطة أو الذبحة الصدرية يؤدي إلى الوفاة ، ففي الولايات المتحدة تعتبر نسبة الوفاة من ١ إلى ٣ لإجمالي حوادث الوفاة . فكل ثلاثة من المتوفين يصادفهم شخص متوفى من الإصابة بأمراض القلب . وكذلك الحال بالنسبة لدول أوربا الغربية . فالنسبة مرتفعة جداً . وفي بعض من الدول النامية هناك معاناة من ارتفاع المعدلات وبالتحديد بين الأشخاص الذين يتميزون بوضع اقتصادي جيد ومتكيفين من بعض المعطيات والظروف المعيشية والحياتية للمجتمع الغربي وثقافته . فمعدل ارتفاع مستوى الدخل يصاحبه زيادة استهلاك المواد الغذائية الغنية بالبروتينات الحيوانية والدهون إضافة إلى عدم التوازن والاختلال بنسبة السعرات الحرارية الزائدة المتناولة يومياً . فتوافر الغذاء وزيادته ارتبط بشكل كبير مع أحداث الإصابة بأمراض القلب . ولقد عانت بعض الدول الأوربية من التذبذب في معدلات الغذاء قبل وفي أثناء وبعد الحرب العالمية الثانية . وهذا التذبذب ارتبط مع معدلات الزيادة والنقصان بالنسبة للتعرض للإصابة بأمراض

القلب . فعلى سبيل المثال كانت نسبة الإصابة منخفضة بما يقارب الثلث عن المعدلات الخاصة بالإصابة بهذا المرض بعد الحرب العالمية الثانية في مجتمعي هولندا وفنلندا الذي زاد بعد الحرب وصل المعدل إلى أعلى مستوياته في السبعينيات ، وذلك نتيجة للزيادة في معدلات التغذية والسمنة الزائدة . فلقد اعتبرت هذه الفترة في المجتمعات المتقدمة هي فترة المعدلات العالية جداً ، ثم بدأت بالانخفاض تدريجياً - وإن كانت ولا تزال عالية في هذه المجتمعات . إن عملية استيعاب وفهم أهمية تناول الأغذية المناسبة وأهمية ممارسة الرياضة بشكلها الدوري بدأ يأخذ طريقة في هذه المجتمعات المتقدمة ، وبدأ هناك تغير تدريجي في طرق المعيشة والحياة لدى الكثيرين . ولقد شهدت كثير من هذه الدول المتقدمة حالات من الانخفاض في معدلات الإصابة . ففي الولايات المتحدة على سبيل المثال ، النسبة الخاصة بالإصابة بأمراض القلب قد انخفضت من ٤٧٠ حالة لكل ألف حالة عام ١٩٧٥ إلى أن وصلت إلى ٣١٢,٤ حالة لكل ١٠٠ ألف حالة عام ١٩٨٧ (Malnor, 1992) .

وهذا يؤكد أن هناك انخفاضاً في هذه المعدلات لدى بعض الدول المتقدمة . ولقد ارتبط ذلك بصورة كبيرة بدرجة الوعي ، ومع زيادة المستويات التعليمية والثقافية التي ارتبطت بقدرة أكبر على فهم المفاهيم الخاصة والمرتبطة بالتغذية السليمة . فالثقافة العامة التي تكونت لدى الأشخاص قد لعبت دوراً مهماً في هذه المسألة . وبالنظر إلى بعض المجتمعات الخليجية على وجه التحديد ، فإننا نلاحظ - أن هناك ارتفاعاً عاماً لمعدلات الإصابة بالأمراض الخاصة بالقلب ، ولقد وصل إلى مراحل عالية جداً في السنوات الأخيرة ، وذلك لزيادة نسبة السمنة وارتفاع

معدلات الوزن نتيجة للأطعمة المليئة بالدهون الحيوانية . إن هذه المعدلات المرتفعة من الإصابة قد خلق لدى الكثير من الناس نوعاً من الإحساس بخطورة ما تؤديه المعدلات العالية في تناول الغذاء والتقليل من الرياضة . فالملاحظ على سبيل المثال ، في الكويت ، انتشار هذا النوع من الثقافة العامة في السنوات الأخيرة وبدأ كثير من الأشخاص يدركون خطر هذه المسألة ، وذلك من خلال عمل برنامج غذائي متزن إضافة إلى ممارسة بعض من أنواع الرياضة المختلفة وإن كانت هذه المسألة تحتاج إلى بعض الأرقام والوقت للتحقق من هذا الافتراض ، ولكن هذا ما يتم ملاحظته في الفترة الأخيرة على كثير من سلوكيات الناس وعلى نطاق واسع .

فحسب ما أقرته منظمة الصحة العالمية (WHO) أن أعلى معدلات الوفيات بسبب الأمراض هي التي تتعلق بتصلب الشرايين ، فلقد أوضحت هذه الدراسة مفارقة كبيرة بين أقل الحالات والتي شملت ١١٩,٤ حالة لكل ١٠٠ ألف حالة وفاة في غواتيمالا إلى أعلى نسبة ، والتي بلغت ٤٤٩,٧ لكل ١٠٠ ألف حالة في رومانيا ، والتي تعتبر من أعلى المعدلات التي تبلغ نسبة ٥٤٪ من حالات الوفاة العامة في هذا القطر . وإذا أخذنا دولة كاليابان والتي تعتبر من الدول المتقدمة ، فإنها تعتبر ثالث أقل دولة بالنسبة لمعدلات الوفاة ، وبينما تعتبر فرنسا في المرتبة الرابعة من الأقل حالات وفاة . هذه الاختلافات المتعددة بين الأقطار هي عبارة عن أساس لعدة أسئلة يمكن أن تطرح حول طرق الحياة والمعيشة التي تتعلق وترتبط بالصحة ، وكذلك الحال بالنسبة للتأثيرات الجينية واختلافاتها . في جميع هذه المجتمعات ، تشير الإحصاءات الصحية إلى الجماعات العرقية الموجودة داخل أي من هذه المجتمعات ، وأن نسبة الإصابة تختلف باختلاف المجموعة أو العرق فهناك

تغيرات ذات دلالة إحصائية بين الجماعات العرقية المختلفة (Molnar, 1992) .

إن ذلك يؤكد حقيقة مهمة وهي مقدار تأثير العوامل الجينية والبيئية على الأفراد وعلى المجموعات السكانية المختلفة فالجماعات العرقية تختلف جينياً عن بعضها البعض وتتشابه بين أعضائها والذي يسمح لإمكانية تعرضها أو مقاومتها لهذا النوع من المرض . يضاف إلى ذلك ، مدى استطاعة هذه الجماعة العرقية أو تلك من التكيف مع البيئة الثقافية المحيطة .

وإذا أخذنا بلداً كفنلندا على سبيل المثال ، فهو بلد يعتبر من أكثر معدلات حدوث وانتشار الإصابة بأمراض شرايين القلب ، نجد أن أحد المجموعات السكانية التي تعيش هناك هم اللابس (Lapps) يعتبر حدوث وانتشار هذا المرض بمعدلات قليلة جداً بالمقارنة مع البلد بشكل كلي . بينما تعتبر مجموعة سكانية أخرى مثل «فينس» (Finns) لها معدلات عالية من الإصابة بهذا المرض . وكذلك الحال بالنسبة لبلد مثل نيوزلندا ففيها معدلات مختلفة للجماعات العرقية التي تختلف من مكان لآخر ، فسكان نيوزلندا الأصليين الذين يسمون بمايوري Maori يتميزون بأن لهم معدلات عالية من الإصابة بهذا المرض . فهم السكان الذين ينحدرون من أصول أوربية . وحتى على مستوى الجماعة العرقية الواحدة يوجد هناك تفاوت بالنسبة لسكان مايوري الذين ينتمون إلى منطقة جغرافية معينة ، وهؤلاء الأشخاص من المجموعة الذين ينتمون إلى منطقة جغرافية أخرى . (Molnar, 1992)

فالمجتمعات بشكل عام تختلف من حيث معدلات الإصابة بهذا المرض القاتل . ويجب أيضاً الإشارة إلى نقطة مهمة في هذا الجانب ، وهي تلك التي تتعلق

بجانب الرعاية الصحية المناسبة التي توجد في الدول التي ينتشر فيها مثل هذا المرض . فمن المعروف أن الدول المتقدمة هي التي ينتشر بها مثل هذا المرض بشكل كبير ، وهي في الوقت ذاته ـ الأولى المتقدمة في مجال الرعاية الطبية والصحية التي تقدم العلاجات الوقائية ، وتجري أفضل الفحوصات ، وأنجح العمليات الخاصة بالقلب . وهذا ما يعزز من الجانب الثنائي الطرف لتأثير التقدم والثروة . ففي الوقت الذي تلعب فيه المادة والنواحي الاقتصادية دوراً مؤثراً في ارتفاع معدلات الإصابة بمرض القلب ، في الوقت الذي تلعب فيه النواحي الاقتصادية في تقدم الطب ، وتقدم الوسائل والسبل العلاجية التي تقدم للحيلولة دون الإصابة بهذه الأمراض أو تقديم الإجراءات الطبية للمعالجة من الإصابة . وعلى سبيل المثال ، فالمجتمع الأمريكي يعتبر من أكثر المجتمعات تقدماً وإصابة بأمراض القلب ، ونجده أيضاً يحتوي على أكبر وأفضل المصحات والمؤسسات الصحية التي تقدم العلاج لهذا المرض . وهناك أمثلة كثيرة على مستشفيات رائدة على مستوى العالم في معالجة أمراض القلب والشرايين في الولايات المتحدة . ونجدها أيضاً من أكثر هذه الدول التي تقدم الدعم المادي لإنجاح الأبحاث المتعلقة بهذه الأمراض على وجه العموم ، وتقدم الدعاية والإعلان والدراسات والأطر الوقائية المناسبة لمكافحة هذا الوباء القاتل . فهي تخصص جزءاً كبيراً من ميزانيتها السنوية لهذه الإجراءات الوقائية والعلاجية على حد سواء .

العوامل الثقافية المؤدية لحدوث أمراض القلب :

ولعل من أهم أمور الإنفاق في الميزانية العامة للكثير من الدول المتقدمة يتركز

حول المسببات الأساسية التي تؤدي للإصابة بهذه الأمراض . فتوجه الدعاية الإعلانية والدراسات والأبحاث إلى الثقافة المحلية ودراسة أهم الجوانب الاجتماعية والثقافية المسببة لحدوث مثل هذه الأمراض ، فتبرر كثيراً من الجوانب والمتغيرات الثقافية المهمة المرتبطة بحدوث مثل هذه الأمراض ، والتي من الممكن إيجازها بالتغذية والسمنة ، تدني مستوى النشاط الحركي وبعض العادات السلوكية مثل التدخين إضافة إلى العوامل الوراثية .

تمت الإشارة في السابق إلى أن الغذاء والتغذية هي أحد أبرز مسببات حدوث الإصابة بأمراض القلب ، وأن التغير الذي طرأ على الغذاء نتيجة لعوامل التغير الاجتماعي والثقافي كان من أبرز أسباب حدوث كثير من الأمراض . فلقد شهد العالم المتحضر اليوم ازدياداً في كمية الأطعمة الغنية بالكربوهيدرات والدهون التي ترفع من نسبة الكريسترول بالدم وتؤدي إلى الإصابة بانسداد الشرايين . فارتبط العالم اليوم بظاهرة السمنة على أنه أحد إفرازات التغير في الغذاء ، وأصبحت السمنة ترتبط بشكل مباشر مع أمراض القلب .

فأصبحت السمنة المشكلة الأساسية في عالم اليوم التي زادت من نسب الوفاة في هذا العالم المتحضر (Saw and Rajon, 1997) . وأشار عدد غير قليل من الدراسات إلي هذا الارتباط بين الغذاء والتغذية والإصابة بأمراض القلب والوفاة في كثير من أقطار العالم والوفيات المختلفة (انظر على سبيل المثال : ;.Wilson et. al (Allison et. al.; 1999; Welty et. al., 1995; Jeffer et. al., 1995 . ولعل مشكلة السمنة والتغذية والإصابة بالأمراض تتجاوز كبار السن وذوي الأعمار المتوسطة ، حتي تصل إلى الأطفال . وهذا ما وضحته بعض الدراسات وهو أن هناك زيادة في

معدلات السمنة بين الأطفال في المجتمع الحديث (Chu, 2001; Morrison et. al., 1999) . وهذا لا يمنع من أن الأشخاص الذين يتسمون بالنحافة معرضون أيضاً للإصابة بمرض القلب ، ولكن السمنة قد تلعب عاملاً مهماً هنا ، فالسمنة آخذة بالتزايد ، وما تخلفه من آثار سلبية على الصحة وأمراض القلب أيضاً في تزايد . فهي مشكلة صحية لها تبعات اجتماعية ثقافية ارتبطت بأمراض القلب والشرايين .

ويجب الربط في هذا الجانب بين السمنة حيث تلعب دوراً في حدوث أمراض الشرايين ، كما تلعب دوراً أيضاً في حدوث مرض ارتفاع ضغط الدم Hypertension ، ومرض البول السكري Diabetes . فقد ربطت دراسات عدة بين السمنة وحدوث ضغط الدم والسكري من جهة وبين ضغط الدم والسكري والإصابة بأمراض القلب في ثقافات متعددة من جهة أخرى (انظر على سبيل المثال : Lerman et. al., 1998; Singh et. al., 1986; Aguilar-Salinas et. al., 2001; Asprang et. al., 2000; Sarraf-Zadegan et. al., 1999; Sigh et. al., 1997; Singh et. al., 1998a; Posadas-Romero et. al., 1994; Midlh et. al., 1999) .

فالعملية هنا مترابطة بين السمنة وضغط الدم ومرض السكري من جهة ، وتأثير تلك العوامل مجتمعة على إحداث أمراض القلب من جهة أخرى . فلقد أوضحت العديد من الدراسات إلى ارتباط السمنة ، وضغط الدم ، والسكري بأمراض القلب . ولكن لا يمكن الجزم بأن أياً منهما هو السبب في حدوث أمراض القلب ، ولكن لو اجتمعت هذه الثلاثة -على حد زعم محمد أبو الشوك (1984) ، فإن ذلك يشكل أرضاً خصبة لحدوث هذه الأمراض وأمراض المخ أيضاً . فوجود

العوامل الثلاثة متجمعة في شخص واحد يعتبر الأكثر خطراً في حدوث أمراض القلب والشرايين وذلك لما يمثله من أهمية وارتباط في فسيولوجية الإنسان .

فلقد أشارت الدراسات ، على سبيل المثال ، إلى أن ١٥-٢٠٪ من المرضى الذين يعانون من إصابات في القلب في المملكة المتحدة هم في الأساس مرضي سكر ؛ ولذلك حاولت العديد من المؤسسات الطبية والبحثية هناك دراسة التقليل من التعرض للإصابة بأمراض القلب من خلال المحاولة في المعالجة مرضي السكري على وجه التحديد (Timmis, 2001) ، والذي يعكس في النهاية أهمية مرض السكر وارتباطه بأمراض القلب والشرايين .

ومن الأمور الأخرى المرتبطة بهذه الأمراض بشكل عام ، ومرتبطة بحدوث الإصابة بأمراض شرايين القلب ، والذي يعتبر من الأسباب الرئيسية في حدوث أمراض القلب يتمثل في قلة المجهود العضلي والرياضي الذي يبذله الإنسان في المجتمع الحديث . فقد أوضحت الدراسات أن التمرينات الرياضية والحركة المستمرة تقلل من نسبة كوليسترول الدم ذلك العامل الذي يساعد على تصلب شرايين القلب ؛ ولذلك حرص الأطباء على تشجيع الأفراد ، وخاصة كبار السن على الحركة والمشي المستمر دون إجهاد ، وذلك حتى يتم التقليل من نسبة الكلوليسترول في الدم (محمد أبو الشوك ، 1984) إضافة إلى أن الرياضة تقي من الإصابة بمرض ضغط الدم والسمنة واللذين يعتبران من أسباب الإصابة بجلطة الشريان التاجي (عبد الله البكري وعز الدين الدنشاري ، 1998) . وحتى على مستوى المصابين بأمراض القلب ، فإن الحركة والرياضة والتمارين تعتبر مهمة . فلقد أشارت الدراسات إلى أن التمارين الرياضية لدى مرضى القلب ارتبطت بانخفاض في

حالات الوفاة والاعتلال ، بمعنى أن الذين يعانون من أمراض القلب ، ويخضعون إلى الرأي الطبي ، ويمارسون الرياضة ، هم أقل تعرضا للإصابة بالاعتلال ومن ثم الوفاة (Coats, 2000; 2001) .

ولا شك بأن قلة الحركة وقلة التمارين الرياضية قد ارتبط مع عوامل التحديث في المجتمعات المتقدمة ، والمجتمعات التي مرت بعمليات تغير اجتماعي سريع . ولقد أشار عدد من الدراسات إلى هذا الارتباط (Ulijassek, 2001; Popkin, 2001; Kearney et. al., 1999; Sorensen, 2000; Popkin, 1998) . فالحياة والعوامل الجديدة –وكما سبقت الإشارة– هي أعمال مكتبية قليلة الحركة ، ولا تتطلب جهداً يبذله الإنسان . فالجهد والحركة المستمرة يؤديان إلى فقدان السعرات الحرارية . وفي دراسة حديثة قام بها أولجازك Ulijaszek (2001) على المجتمعات الحديثة التي مرت وعوامل التحديث تبين أن وزن جسم الإنسان يعتبر أكبر بالنسبة للذكور الذين يعملون في الوظائف التي تعتمد على المهارة ، والوظائف التي تتطلب استخدام القدرات العقلية من أولئك الذكور الأقل في المهارة . أما بالنسبة للإناث فوزنهن كان يعتمد على التصنيف الوظيفي الخاص بهم .

فالتحديث وعوامل التغير الاجتماعي والثقافي وما حمله من إغراءات مادية متعددة أبعدت الإنسان عن مزاولة الحركة سواء ترفيهياً أو إجبارياً . ويقصد بالترفيه هنا أن عوامل التحديث والتغير الاجتماعي والثقافي وما عرضته من مغريات مادية ووسائل الراحة المتعددة ، أصبح لا يجد الوقت الكافي والمناسب لممارسة الأنشطة الرياضية التي تعود عليه بالنفع . فالترفيه عند الكثير قد تقلص بشكل كبير ، فلم يعد الكثير يمارس الرياضة والتمارين الرياضية بانتظام للانشغال في المتطلبات المادية

التي يعرضها له هذا المجتمع . إضافة إلى ذلك فقد أبعد الإنسان عن مزاولة الحركة إجبارياً ، وذلك من خلال طبيعة العمل التي بدأ بمزاولتها في هذا المجتمع الذي ينتمي إليه . فبعد ما كانت غالبية الأعمال في المجتمع التقليدي تعتمد على الحركة والتنقل واستخدام المجهود العضلي ، بدأ الاتجاه العام مزاولة الأعمال ذات الحركة البسيطة والمكتبية التي فرضتها ظروف العمل الجديدة ، والتي لا نحتاج إلى مهارة حركية أو إلى جهد عضلي . فالتحديث فرض بعض القيود على المجهود العضلي والحركة وممارسة التمارين الرياضية . هذا كله ارتبط بلا شك بأمراض القلب والشرايين ، ونتج عنه حدوث حالات من الإصابة زادت بشكل كبير في هذه المجتمعات عن سابقتها .

ولعل العنصر المهم أيضاً الذي ساهم في حدوث أمراض الشرايين والقلب هو ذلك المرتبط بممارسة عادة التدخين بأنواعها المختلفة والمتعددة . فقد اتضح من الإحصائيات في جميع دول العالم أن نسبة أمراض القلب نتيجة لانسداد شريان تاجي القلب ، وأمراض الشرايين الطرفية تزداد بازدياد التدخين ، وتقل في الأشخاص الذين لا يدخنون (محمد أبو الشوك ، 1984 : ص ٧١) . ففي دراسة في كوبنهاجن قام بها سكرول Schroll (1980) وضح من خلالها ارتباط التدخين بالوفيات بشكل مباشر . فقد قام بدراسة ٨٧٪ من مواليد عام ١٩١٤ بالتحديد (٥١٤ رجل ، و٤٦١ امرأة) في هذه المقاطعة ، وتم أخذ السلوك الخاص بالتدخين لديهم من كمية المواد المستخدمة ، ونوعيتها ، وطرق استخدامها . ووجد من خلال هذه العينة أن التدخين في هذا المجتمع هو العامل الأساسي للإصابة بأمراض القلب والشرايين مقارنة بالعوامل الأخرى .

ولابد من الإشارة إلى أن التدخين يعتبر ظاهرة اجتماعية ارتبطت في البداية بالأعمار الصغيرة ، فغالبية مدخني السجائر الذين يدخنون لأول مرة هم من فئات صغار السن والشباب والمراهقين . فقد أشارت الدراسات إلى أن ٩ أشخاص من كل ١٠ بدؤوا التدخين وهم في المراحل العمرية الصغيرة أي : في مرحلة المراهقة وما دون (Brown, 1999) . ويعتبر تدخين السجائر بين الشباب والمراهقين والصغار من أبرز المشكلات الصحية في العالم الحديث . إضافة إلى ذلك ، فإننا نجد التفاوت الثقافي والاختلافات العمرية بين المجموعات السكانية مختلفة من إقليم لآخر ومن مجتمع لآخر (انظر : MacDougall et. al., 1986; Greenlund et. al., 1996) .

إن ازدياد نسبة المدخنين من الشباب وصغار السن له تأثير صحي كبير على القلب على المدى البعيد . فكلما قل العمر أو السن الذي يدخن فيه الشخص ، تكدس مسببات حدوث أمراض القلب عليه . بمعنى أن الذي يبتدئ في شرب السجائر وأنواعه في سن متأخرة ، يكون أقل عرضة من الشخص الذي استمر عليها لوقت طويل . وهذه المدة قد تكون قاتلة بالنسبة للإنسان إذا ما تعرض إلى الإصابة بأمراض شرايين القلب . ولاشك ، أن تناول التدخين وأنواعه يختلف باختلاف الثقافات المتعددة ، وحتى على مستوى الثقافة الواحدة . فهناك من يحرم اجتماعياً على سبيل المثال تدخين المرأة بينما يسمح بذلك للرجل في بعض الثقافات ، وهناك من يسمح للأطفال والمراهقين بالتدخين وهناك من يمنعهم . وبشكل عام الثقافة هي التي تفرض هذا النوع من الممارسة وبالتالي التعرض للأمراض القلبية .

ولا بد من أن نلفت الانتباه إلى عوامل التلوث التي من الممكن أن تؤثر في إحداث الأمراض القلبية ، وذلك يسمى بالتدخين السلبي أو المدخن السلبي الذي

يستنشق الهواء الملوث من لمجموعة المدخنة . فقد أوضحت عدة دراسات تأثير هذا التلوث على الإصابة بأمراض القلب (انظر على سبيل المثال : Woodward and Laugesen, 2001; Nilson, 2001; Glantz and Parmley, 1996; Kritz and Sinzinger, 1996) . فالمدخن والمدخن السلبي لا يخلوان من التعرض للإصابة بأمراض القلب والشرايين المنتشرة بشكل كبير .

لا شك أن هناك تفاعلاً بين العوامل المتعددة المسببة لحدوث الأمراض ، فالأمراض مثل السكري وضغط الدم ، والسمنة والحركة والتدخين تعتبر عوامل مرتبطة بعضها ببعض في حدوث الأمراض الخاصة بالقلب المؤدية إلى الوفاة في كثير من الأحيان في هذه المجتمعات المتقدمة . فأمراض القلب والسكري وضغط الدم المرتفع والسمنة تجتمع في أشخاص كثيرين في هذه المجتمعات ، وتقابلها سلوكيات اجتماعية ثقافية مرتبطة بقلة المجهود العضلي والتدخين مما يزيد التعرض للإصابة بهذا المرض .

ومن القضايا المرتبطة بالتقدم والتحضر أيضاً الموجودة في المجتمع الحديث تأثير عمليات التصنيع وتأثير البيئة الصناعية على القلب ، والتي تؤدي إلى إحداث بعض الآثار السلبية . فمن المعروف أن الأرض تحتوي على بعض المعادن الضرورية والمهمة مثل النحاس واليود والحديد والمنجنيز والزنك وغيرها من العناصر الضرورية لحياة الإنسان ، وهذا لا يخلو من أثر سلبي على وظائف النمو والتنفس والتأثير على وظائف الغدد ووظائف القلب . ومع التقدم والتكنلوجيا والصناعة والتعديلات التي أدخلها الإنسان على بيئته الطبيعية ، وعن طريق التلوث الصناعي الذي يحدث للتربة والماء والهواء وذلك باستخدام أساليب الزراعة والري واستخدام المخصصات

والمضاعفات الغذائية وتصنيع الأطعمة ومعالجة المياه ، وتوزيعها في أنابيب معدنية أو بلاستيكية ، فإن ذلك قد أسهم في تغير التوازن المعدني الطبيعي ، والذي ينعكس بدوره على وظائف القلب ، والأوعية الدموية . ففي دراسة أخرجها عالم ياباني عام ١٩٥٧ لاحظ من خلالها بأن بعض مناطق اليابان كانت أكثر حموضة . فكانت نسبة حدوث السكتة الدماغية فيها أكثر من المناطق التي تكون فيها نسبة الحموضة أقل . وفي دراسة أخرى في الولايات المتحدة ، أشارت إلى أن المناطق التي يتوافر بها الماء بشكل يسر تكون معدلات الوفاة فيه بأمراض القلب والأوعية الدموية أعلى من الولايات التي يعتبر ماؤها عسراً . وقد أكدت هذه الدراسة دراسات عدة أعدت في فنلندا وكندا وبريطانيا والسويد . فالماء اليسر واستخدامه للشرب لمدة طويلة يؤدي إلى آثار صحية مؤذية وتزيد العناصر الضارة مثل الكادميوم والرصاص المنقولة من الأنابيب ومن ثم تصبح هذه العناصر جزءاً من مياه الشرب بعد اختلاطها بها . وقد افترض الباحثون أن الكادميوم قد يسبب التضاغط الشرياني (انظر : محمد رفعت ، 1988) .

إن الإصابة بأمراض القلب والشرايين من مسببات الوفاة المباشرة ، ومن الممكن أن تصيب الجميع ، فلا أحد يعيش على هذه الأرض يستثنى من التعرض لهذه الإصابة . إن فرصة حدوث مثل هذه الأمراض تزداد مع العمر ، طبيعة الوضع الاجتماعي ونمط المعيشة ، عوامل ثقافية اجتماعية أخرى . وتشير الدراسات الخاصة بعلم الأوبئة إلى أن المجموعات السكانية التي تعاني من معدلات إصابة عالية ارتبطت بعدة عوامل أخرى منها ، النوع والتي تشير إلى أن نسبة الذكور هم أكثر تعرضاً للإصابة من الإناث . وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن مشكلة أمراض

القلب قد ترتبط مع أوضاع فسيولوجية خاصة بالإناث ، وقد تلعب عوامل مثل سن اليأس واستخدام موانع الحمل دوراً في حدوث الإصابة عند هذه الفئة بالتحديد (Ullrich et al. ; Howes, 1998) . وكذلك الحال بالنسبة لاستخدام الكحول والمسكرات ، والضغوط الاجتماعية والنفسية التي سيأتي الحديث عنها . إضافة إلى ذلك العامل الأسري ، والذي يرتبط بتاريخ حدوث مثل هذه الإصابة بين أفراد العائلة ، وذلك لهدف التحقق مما إذا كان هناك دور للعامل الوراثي في حدوث مثل هذا النوع من الإصابة أم لا . ولكن هذا التصور الجيني لا يعتبر واضحاً إلى الآن على الرغم من إعطاء بعض احتمالات من خلال كثير من الدراسات ، والجماعة العرقية نفسها أيضاً في بعض الأحيان على الرغم من صعوبة القول بأنها يمكن أن تتعرض أكثر من غيرها للإصابة ، وذلك لأن الأقليات والجماعات العرقية يمكن أن تعيش بأنماط حياة مختلفة عن بعضها الآخر .

وفي الدراسات الخاصة بالولايات المتحدة على وجه التحديد ، بدأت الأنظار تتجه في القرن العشرين لدراسة معدلات الوفيات والأمراض وخاصة أمراض القلب بين الأمريكان السود ، وذلك لحدوث بعض الأمراض المتكررة بينهم ، وخاصة تلك التي تتعلق بارتفاع ضغط الدم ، والتي تعتبر من المسببات الإصابة بمرض تصلب الشرايين (Molnar, 1992) . فهناك عوامل متعددة لحدوث مثل هذا المرض ، وهذا يؤكد إن حدوث مثل هذه الأمراض يرتبط بالعاملين الوراثي ، والبيئي والثقافي . فهي محاور ثلاثية في تحديد أسباب وانتشار وحدوث الأمراض الشائعة ، ومحددات أيضاً للسلوك الإنساني بشكل عام .

ثانياً: مرض ارتفاع ضغط الدم (Hypertension)

يعتبر مرض ارتفاع ضغط الدم أحد أبرز الأمراض المنتشرة حالياً في العالم المتحضر ولقد لعبت عوامل التحديث والتغير الاجتماعي الثقافي الدور المؤثر في انتشار مثل هذا النوع من الأمراض . وكما تمت الإشارة إليه سابقاً ، تعتبر عوامل التغير الاجتماعي الثقافي مسؤولة عن انتشار بعض الأمراض العصرية المزمنة ، ومن أهمها أمراض القلب والشرايين ، والذي يعتبر ارتفاع ضغط الدم أحد أبرز الأسباب للتعرض إلى هذا النوع من الإصابة ، فعندما نتحدث عن مرض ارتفاع ضغط الدم ، فإنه لا يمكن بأي حال من الأحوال فصله عن أمراض القلب والشرايين ، والارتباط الكبير في إحداث هذا النوع من الإصابة للإنسان . ولعله من المناسب هنا أن يكون محور الاهتمام منصباً على العوامل الثقافية والاجتماعية المتسببة في حدوث هذا المرض العصري المزمن .

التعريف :

قبل الحديث عن الأسباب والعوامل المسؤولة عن ارتفاع ضغط الدم ، من المهم هنا أن نتحدث أولاً عن تعريف مرض ارتفاع ضغط الدم . أو ماذا نعني بالإصابة بهذا المرض ، ومتى نستطيع أن نطلق على الشخص بأنه شخص مريض أو يعاني من ارتفاع ضغط الدم . فضغط الدم معروف بأنه يتكون من قياسين وهما ضغط الدم الانقباضي(Systolic Blood Pressure [SBP]) وضغط الدم الانبساطي (Diastolic Blood Pressure [DBP]) .

يحدد ضغط الدم من خلال مقياس الضغط داخل الأوعية الدموية . وهناك

جهاز خاص لقياس ضغط الدم ، ويشمل رباطاً قابلاً للنفخ يلف حول الساعد ومضخة وساعة لقياس الضغط . وحدة القياس هي ملليمتر الزئبقي ، ويشير القياس إلى أي حد يمكن للضغط داخل الأوعية أن يرفع الزئبق داخل جهاز القياس . عند قياس ضغط الدم ، هناك رقمان يؤخذان في الاعتبار ، وكلاهما في الأهمية نفسها . الأول هو المقياس الانقباضي systolic ، وهو يشير إلى كمية الضغط عند انقباض القلب ودفعة للدم في الوريد (الشريان الأورطي - أحد شرايين القلب) . أما المقياس الثاني فهو الانبساطي diastalic وهو يشير إلى كمية الضغط المتبقي في الأوعية الدموية عندما يمتلئ القلب مجدداً بالدم ، ويجب أن تسترخي عضلة القلب تماماً قبل أن تمتلئ مجدداً بالدم وفي هذه الأثناء ينخفض ضغط الدم (مايو كلنيك ، 2000 : ص ١٣) .

فضغط الدم هو المعيار الذي يشير إلى مدى صلاحية القلب للعمل على أنه مضخة صالحة تقوم بضخ الدم في الدورة الدموية لسد متطلبات الأجهزة والأنسجة المختلفة . وفي الوقت نفسه ، تعطينا إشارة إلى مدى صلاحية الشرايين التي يسري فيها الدم . فهي تعطينا إشارة عما إذا كانت هذه الشرايين ضيقة أو متصلبة أو هي مرنة وتضيق بحسب ما يتطلبه الجسم . فضغط الدم يعقد على عاملين أساسيين ، وهما كمية الدم الذي يضخه القلب في الدقيقة ، ومدى مقاومة الشرايين لسير هذه الكمية التي يجري فيها (محمد أبو الشوك ، 1984 ، ص : ٧٤) . ومن هنا تبرز العلاقة المباشرة بين ضغط الدم وأمراض القلب المتعددة ، والتي سبق أن تمت الإشارة إليها . فالعلاقة هنا واضحة من تحديد مسؤولية ضغط الدم في إحداث الأمراض القلبية المتعددة والمرتبطة بالشرايين .

ويرى الخبراء والمتخصصون أن ضغط الدم الخاص بالإنسان الذي يقل عن المقياس ١٤٠/ ٩٥ mm Hg يعتبر ضغط طبيعياً للدم ، والذي يزيد عن ١٦٠/ ١٠٠ mmHg يعتبر أنه يعاني من مرض ضغط دم عالٍ أو ارتفاع في ضغط الدم ، وأن هذا الشخص يعاني من الإصابة بهذا المرض .

إن القضية هنا تعد قضية نسبية ، فقد أشارت التقديرات إلى أنه في مرحلة نضج الإنسان يتراوح النطاق الطبيعي لضغط دمه بين ١٢٠/ ٨٠ و ١٣٩/ , ٨٩ وإن ضغط الدم الانقباضي الذي يتراوح بين ١٣٠ و ١٣٩ ؛ والانبساطي بين ٨٥ و ٨٩ يعدان الحد الأقصى للمجال الطبيعي .

وهناك ثلاث مراحل مستقلة في مقاييس ضغط الدم ، ترتبط بدرجة خطورة الحالة . ويشار إلى هذه المراحل بالمرحلة الأولى والثانية والثالثة ، ولا يشار إليها بصفتها المتوسطة أو المعتدلة حتى لا يظن الفرد بأن ارتفاع ضغط الدم المعتدل لا يعتبر أمراً خطيراً (مايو كلنيك ، 2000) . انظر الجدول رقم (٩) .

جدول (٩) يوضح تصنيف ضغط الدم

	الانبساطي ملم زئبق	الانقباضي ملم زئبق
الأمثل	١٢٠ أو أقل	٨٠ أو أقل
الطبيعي	١٢٩ أو أقل	٨٤ أو أقل
العالي الطبيعي	١٣٠-١٣٩	٨٥-٨٩
الضغط العالي		
- المرحلة الأولى	٩٠-٩٩	١٤٠-١٥٩
- المرحلة الثانية	١٠٠-١٠٩	١٦٠-١٧٩
- المرحلة الثالثة	١١٠ أو أكثر	١٨٠ أو أكثر

(المصدر : مايو كلنيك ؛ نقلاً عن مؤسسة الصحة الوطنية . التقرير السادس للهيئة الوطنية المشتركة للوقاية والتقصي وتقويم وعلاج ضغط الدم المرتفع . ١٩٩٧ ، ص : ١٦)

ولكن بشكل عام ، يعتبر الشخص مصاباً بارتفاع ضغط الدم عندما يكون ضغط الدم الانقباضي (SBP) فوق المقياس ١٤٠ أو عندما يكون ضغط الدم الانبساطي فوق المقياس ٩٠ وهو المقياس الذي حددته منظمة الصحة العالمية WHO (أحياناً يعتبره البعض فوق المقياس ٩٥) (انظر : مايو كلينك ، 2000 ؛ Dressler,1994; Ryan,1994; Chalmers, 1999) . فهذا هو المعيار الأساسي الذي من خلاله نستطيع ان نحدد ما إذا كان الشخص يعاني من ارتفاع في ضغط الدم . وكذلك الأمر يكون انخفاض معدل ضغط الدم بصورة معاكسة له عائده الصحي أيضاً بحيث ينزل عن درجة مقياس معينة ، وتكون الدرجة منخفضة . وهي مسألة ليست من المباحث التي نركز عليها في هذا الموضع لما تشمله من قضايا طبية بحتة مرتبطة بمقاييس ومعدلات منظمة الصحة العالمية .

ويجب أن نميز بين نوعين من أمراض ضغط الدم :

النوع الأول : ضغط الدم الأولي أو الأساسي Essential Hypertension .

النوع الثاني : ضغط الدم الثانوي Secondary Hypertension .

ولعل ما يهمنا في هذا المبحث التركيز على ارتفاع ضغط الدم الأولي أو الأساسي . فهو الذي يعتبر المشكلة الأساسية التي تواجهها المجتمعات الحديثة . ولكن قبل الخوض في الحديث عن ضغط الدم الأولي أو الأساسي ومسبباته ، لابد من الإشارة بشكل مبسط إلى ضغط الدم الثانوي ومسبباته وصورة عامة عنه .

فارتفاع ضغط الدم الثانوي ينتج عن سبب محدد بعكس ضغط الدم الأولي أو الأساسي . فهنا ينجح الطبيب في تحديد المرض أو الحالة التي تسبب في ارتفاع

ضغط الدم . ويعتبر هذا النوع غير شائع ، ولا يصيب إلا ٥٪ من الأشخاص الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم بشكل عام (وهناك بعض الدراسات تشير إلى أن النسبة ترتفع لتصل من ١٠ إلى ٢٠٪ من النسبة الإجمالية) . ويعتبر هذا النوع أيضاً من الأنواع القابلة للعلاج والشفاء بعكس مرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي الذي تمكن معالجته ، ولكن يعجز الأطباء عن إيجاد شفاء له . ففي حالة ضغط الدم الثانوي يمكن أن يعود المريض إلى مستواه الطبيعي . ولعل من أبرز الأسباب المؤدية إلى حدوث ضغط الدم الثانوي هي الأمراض المتعلقة بالكلى ، ومرض الغدد الكظرية وتضخمها ، ومرض الغدة الدرقية ، وهو عيب الأوعية الدموية ، كعيب خلقي ، وكذلك الحمل وخاصة خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة ، والأدوية مثل حبوب منع الحمل ، وبعض أدوية الزكام أو الانفلونزا وغيرها من الأدوية (مايو كلنيك ، 2000) .

أما ضغط الدم الأولي أو الأساسي فمسبباته وظروفه مختلفة ، فهناك عوامل تلعب دوراً كبيراً في إحداثه سوف تتم مناقشتها بعد قليل ، إذ تلعب عوامل وراثية وبيئية في حدوث مثل هذا المرض . فضغط الدم الثانوي قابل للشفاء ، ولكن الأساسي أو الأولي غير قابل للشفاء بشكل عام ، ويعتبر من الأمراض المزمنة .

يعتبر تعريف مرض ارتفاع ضغط الدم مسألة في غاية الصعوبة ، فوجود تحديد بين الإصابة وعدمها تعتبر مسألة ليست بالسهلة ، وذلك لعدم وجود خط فاصل واضح يحدد ما هو ضغط الدم الطبيعي وما هو ضغط الدم غير الطبيعي . فمرض ضغط الدم لا يعتبر من ناحية تحديده مثل الأمراض الأخرى . فهو لا يعتبر مثل مرض السرطان ، على سبيل المثال . وذلك ببساطة لسهولة تشخيصه مما يعني أن

الشخص يعاني من هذا المرض أو لا يعاني منه . أي : بمعنى أنه يوجد ورم خبيث في الجسم أو أنه لا يوجد خلايا سرطانية . وذلك يعكس الخلاف بين مرض ارتفاع ضغط الدم والأمراض الأخرى . ولكن هذا لا يقلل من خطورة ارتفاع ضغط الدم بالنسبة للمصاب به . فالنقطة المهمة هنا هي أن ارتفاع ضغط الدم له علاقة مباشرة مع نتائج صحية سيئة قد تكون قاتلة ، وذلك مثل زيادة احتمال التعرض إلى أمراض شرايين القلب ، وهي بلا شك تعتبر من الأمراض القاتلة التي يعاني منها المجتمع الحديث .

المتغيرات والعوامل الثقافية المؤثرة في ارتفاع ضغط الدم :

هناك جدال واسع في الأدبيات الخاصة بضغط الدم والأسباب الأولوية والأساسية المؤدية إليه . هناك أبحاث مختلفة ركزت على عوامل متعددة تؤدي إلى الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم ، وهي عوامل مرتبطة بشكل مباشر بعمليات التغير الاجتماعي والثقافي والتحديث . وبشكل عام يمكن إبراز أهم الأسباب بالتالي : السمنة ، الاضطرابات النفسية العالية ، التغير في الغذاء ، الاندماج في المجتمع الغربي والاحتكاك به ، طرق الحياة ، زيادة نسبة الملح في الطعام ، إضافة إلى العامل الوراثي من حيث هو عامل مهم (McGarvey and Baker,1979; Dressler, 82; Dressler et al, 1987; Crews, 1988; Ryan et al. 1994; Hassoun, 1996) . هذه العوامل تعتبر مجتمعة مسؤولة عن إحداث هذا المرض المنتشر بصورة كبيرة .

وكما سبقت الإشارة فهناك علاقة مباشرة بين ارتفاع ضغط الدم وعوامل التغير

الاجتماعي والثقافي والتحديث ، فالتغير الاجتماعي الثقافي والتحديث أسهمت في انتشار هذا المرض بشكل كبير في المجتمعات المتقدمة . فعند الحديث عن المجتمعات الإنسانية فإننا يجب أن نلفت الانتباه إلى نقطة مهمة أساسية في مسألة معدلات ضغط الدم مفادها أن حدوث ارتفاع ضغط الدم يختلف من مجتمع لآخر ، فهناك تفاوت بين المجتمعات في تحديد من هو الذي يعاني من ارتفاع ضغط الدم ومن الذي لا يعاني . ففي بعض المجتمعات ، على سبيل المثال ، متوسط ضغط الدم للأفراد الذين ينتمون لهذا المجتمع هو ١٠٥/ ٦٦ (وهو يعتبر أقل تسجيل لضغط الدم تم تسجيله في المجتمعات) ، بينما هناك مجتمعات أخرى يعتبر المتوسط لها هو ١٧٥/ ٩٨ (وهو أعلى تسجيل لضغط الدم تم تسجيله) ، فغالباً ما نجد معدلات الدم المنخفضة في المجتمعات التقليدية الذين يعتمدون في أنشطتهم الاقتصادية على الزراعة ، الرعي ، الفلاحة ، وغيرها من المهن التقليدية . وفي المقابل ، فإن ارتفاع ضغط الدم نجده في المجتمعات المتحضرة ، والمجتمعات الصناعية والغربية وتلك المجتمعات التي تعاني من عمليات التحضر والتغير الاجتماعي والثقافي ، والتي تعتبر سمة بارزة لها (Dressler, 1982) .

إن الضغوط الاجتماعية العامة في المجتمعات المعاصرة الحديثة تؤثر بشكل كبير على الإنسان بدرجات متفاوتة ، فالمجموعات السكانية التي تعيش في مجتمعات ريفية معزولة نجدها تتمتع بمعدلات قليلة من ارتفاع ضغط الدم بمقارنتها مع هؤلاء الذين يعيشون في المناطق المتحضرة ، حتى وإن كانوا من المجموعة نفسها فعندما يقوم السكان الأصليون لهذه المجتمعات بالانتقال إلى مجتمعات غربية أو متحضرة ويتبنون نمطاً معيشياً متناسباً مع طبيعة هذه الحياة الجديدة ، فإن ذلك يؤدي إلى

استجابات فسيولوجية تؤثرعلى ارتفاع ضغط الدم لدى هذه المجموعة . فهناك شواهد كثيرة لمجموعات سكانية مهاجرة إلى مناطق متحضرة أثر بها هذا الارتفاع لضغط الدم ، فعلى سبيل المثال ، سكان أستراليا الأصليين ، وسكان الإسكيمو ، وغينيا الجديدة وغيرهم . ففي مجتمعاتهم وبيئتهم الأصلية ، لا يوجد هناك ارتفاع لضغط الدم ، بل إنه لا يوجد ارتباط أو حتى ارتفاع لضغط الدم مع العمرفي كثير من الأوقات . ولعل العامل أو السمة المميزة لانخفاض معدلات ضغط الدم في هذه المجتمعات هو قلة معدلات تناول ملح الطعام .

وهناك- بشكل عام- من يقسم عوامل الخطر أو الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الأمراض إلى قسمين : قسم سُمّي بعوامل الخطر غير قابلة للتغير مثل العرق ، والعمر ، والوراثة أو سجل الأسرة الطبي ، والجنس . والقسم الآخر هي تلك العوامل القابلة للتغير والتي من الممكن أن يتم التحكم بها مثل السمنة ، وقلة النشاط الحركي ، والتدخين ، وتناول الصوديوم (الملح) وتدني مستوى البوتاسيوم ، والكحول ، وتوتر الأعصاب . وهي عوامل مرتبطة بشكل مباشر بعوامل التغير الاجتماعي والثقافي الذي تمت الإشارة إليه .

ولعل من أبرز العوامل المؤدية إلى إحداث الإصابة بمرض ضغط الدم الأساسي هو العامل الوراثي . ولقد خلص وارد (Ward, 1995) إلى أن ارتفاع ضغط الدم يتحدد بعاملين أساسين ، وهما العامل البيئي ، والعامل الوراثي . فقد أعطى العامل الوراثي الأهمية الكبرى التي لا يمكن إغفالها عند تحديد أسباب أرتفاع ضغط الدم . فهناك من يرى ان العامل الجيني يعتبر عاملاً مسهماً في الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم في المجتمع بنسبة ٣٥٪ (Barley,1994) .

فـالجـانب الـوراثـي يتحكـم في جوانب عـديدة من الجـسم البشـري . فـهـو يتحكم ببنيته النفسية والعصبية ، وتركيب الشرايين ، القابلية للسمنة ، والتوازن الهرموني . وكل هذه تعتبر عوامل مرتبطة بضغط الدم . ولقد أشارت الدراسات الخاصة بالتوائم المتشابهة من بويضة واحدة إلى أنهم يصابون بالمرض في توقيت متقارب (جيمس هنري ، 1989) . فقد يحدث خلل في بعض الأنزيمات التي يرجع سببها إلى عوامل وراثية كما أشارت إليها بعض الدراسات (ايون اوبريان وكفن أوماي ، 1987) .

فالعنصر الوراثي يلعب دوراً كبيراً في حدوث المرض . وإذا كان أحد الوالدين يعاني من ارتفاع ضغط الدم ، فإن احتمالية إصابة الابن هي ٢٥٪ طيلة حياته ، أما إذا كان كلا الوالدين يعاني من هذا المرض فإن نسبة احتمال الإصابة يرتفع إلى أن يصل ٦٠٪ . إلا أن ذلك لا يعني بالضرورة أن الابن سوف يصاب بهذا المرض (مايو كلنيك ، 2000) .

وعامل آخر مرتبط بالعامل الوراثي ، ويعد من العوامل التي تساعد على وجود وانتشار ضغط الدم عند فئة أو مجموعة سكانية معينة دون غيرها هي تلك المرتبطة بالعرق أو السلالة . وقد يرجع تأثير العرق على ارتفاع ضغط الدم إما لاستعداد طبيعي وراثي ، وإما لبعض من الظروف والمعتقدات في هذا العرق والسلالة (محمد أبو الشوك ، 1984) . فيلاحظ على سبيل المثال أن ارتفاع ضغط الدم يزيد نحو الضعف لدى السود عما هو عليه لدى البيض ، إضافة إلى ذلك ، فإن ضغط الدم يتطور عادة في سن مبكرة أكثر لدى السود . كما أن حالات الإصابة تكون أكثر خطورة وتتطور بوتيرة أسرع ، وهذا هو سبب ارتفاع معدلات وفاة الزنوج الناجمة

عن تعقيدات ذلك المرض (مايو كلنيك ، 2000) .

وعلى الرغم من أنه لا يوجد تقسيم قاطع أو نقطة محددة تميز بين ارتفاع ضغط الدم والوضع الطبيعي ، فإن هناك فروقاً ذات دلالات واضحة ومحددة سجلت بين المجموعات السكانية المختلفة في كثير من الأقطار والمجتمعات الإنسانية توضح التمايز في ضغط الدم بين هذه المجموعات . وكذلك الحال بالنسبة للمجموعات السكانية العرقية والاجتماعية داخل القطر أو المجتمع الواحد . ففي المجتمع الأمريكي ، على سبيل المثال ، نجد السود African American يتميزون سواء كانوا ذكوراً أم إناثاً بمعدلات عالية من ارتفاع ضغط الدم إذا ما قورنوا بالأمريكان البيض . هذه الفروقات بين المجموعتين الكبيرتين أُرجعت إلى العادات الغذائية ، التي يتناولونها وكذلك الحال في استخدام ملح الطعام بشكل كبير في الوجبات الغذائية ، وأيضاً العامل الوراثي الذي تتميز به هذه المجموعة (Malnor, 1992) . فقد تصل الإصابة بمرض ضغط الدم عند ذوي البشرة السوداء سبعة أضعاف مقارنة بذوي البشرة البيضاء كما هو حاصل في بنما . وعند إجراء البحث على الزنوج الموجودين في موطنهم الأصلي لم توجد هذه النسبة الكبيرة (محمد أبو الشوك ، 1984) .

ولقد قام ولسن بدراسة افترض فيها أن الأمريكان السود من الممكن أن يكونوا على درجة عالية من الحساسية بالنسبة لتناول ملح الطعام لأن الأصول الخاصة بهم ، والتي تعتبر من أفريقيا قد تكيفت على طعام وأنواع من الأغذية تكاد تخلو من ملح الطعام ، أو بمعدلات قليلة ، وعلى نحو مختلف ، افترض آخرون مسألة أخرى في مسببات حدوث مثل هذا الارتفاع في ضغط الدم وهو الذي يرتبط بالوضع الاجتماعي الاقتصادي المتدني الذي تعاني منه هذه المجموعة . وما تعرضوا له من

إحباط وشد وضغوط اجتماعية نفسية عانوا منها خلال الفترة التي قضوها في هذا القطر . فكثير من الجماعات العرقية والأقليات المنتشرة في العالم قد عانت كثيراً من أوضاع اجتماعية ثقافية أدت إلى إحداث ضغوط نفسية اجتماعية عليهم ، وهو أمر ترتب عليه حدوث حالات من القلق والإجهاد والذي أثر بذلك على وضعهم الصحي بارتفاع ضغط الدم (Molnar, 1992) .

إن ذلك يوضح بشكل عام التفاوت الذي يحدث في المجتمع الواحد من حيث الاختلاف في معدلات ضغط الدم . ويوضح أيضاً تأثير النظام السياسي وما يلعبه من دور ارتباطي في بعض الجوانب الخاصة بالصحة العامة ، وخاصة فيما يتعلق بهذا المرض المزمن . فالنظام السياسي القائم على العدل والمساواة والحرية والذي يوفر جواً مناسباً لظهور أثار هذه القيم على أفراد مجتمعه ويخلق جواً وبيئة صحية مناسبة . وهذا يلعب جزءاً من مجال أوسع وأشمل لتأثير الجوانب النفسية والاجتماعية الخاصة بالفرد ومدى ارتباطها بالمرض .

وعلى نطاق المجموعات السكانية الكبرى فإننا نجد أيضاً الاختلافات والفروق في معدلات الإصابة بضغط الدم المنتشر عند بعض من المجموعات السكانية من الأقليات أو الجماعات العرقية . فعلى سبيل المثال ، نجد الجماعات العرقية الوافدة إلى المجتمعات الغربية بشكل عام ترتفع فيها معدلات ضغط الدم مقارنة بسكان المجتمع الأصلي (Lee et. al., 1998; Cooper et. al., 1996; Bullen, 1996) .

إن ذلك يشير بدون شك إلى أهمية العنصر المتعلق بالعرق في انتشار وحدوث حالات الإصابة بمرض ضغط الدم ، والتي بطبيعة الحال يمكن أن ترتبط بإحداث

إصابات بأمراض شرايين القلب ، أو المخ ويمكن أن يحدث هذا بين مجموعات سكانية محددة دون أخرى . فالعامل العرقي عنصر مباشر في ارتفاع معدلات ضغط الدم عند بعض المجموعات السكانية دون سواها .

عامل ثالث مهم في الإصابة بمرض ضغط الدم والذي يعتبر من العوامل أو المتغيرات غير قابلة للتغير هو المتعلق بالعمر أو السن . فبشكل عام ، هناك علاقة طردية بين ضغط الدم والعمر . فكلما زاد معدل العمر ، ارتفع معه ضغط الدم للإنسان . وتشير الدراسات إلى أنه على الرغم من أن ارتفاع ضغط الدم من الممكن أن يصيب الإنسان في أي عمر ، فإنه يصيب الأشخاص الذين بلغوا عمر ٣٥ سنة أو أكثر بشكل أكبر .

إن هذه الإصابة بلا شك تنجم عن تغيرات طبيعية تحدث في الجسم تؤثر على القلب والأوعية الدموية والهرمونات الخاصة بالجسم . ومن الجدير بالذكر هنا أن أكثر من نصف سكان الولايات المتحدة الذين تتجاوز أعمارهم ٦٥ يعانون من الإصابة بهذا المرض (مايو كلنيك ، 2000) . ويذكر البعض أيضاً أن ٨٠-٩٠٪ من الأشخاص بين سن ٤٠-٧٠ سنة يعانون من الإصابة بضغط الدم (محمد أبو الشوك ، 1984) . وهذا الذي يدفع إلى القول بأن ضغط الدم الطبيعي يختلف من سن إلى آخر . فالعمر الإنساني له معدلات معينة ومحددة في مقدار ومقياس ضغط الدم . فضغط الدم عند الوليد مثلاً أو الطفل يختلف بمعدلاته الطبيعية عن الشاب ، والذي يختلف أيضاً عن المعدلات الطبيعية للكهل . فهناك تفاوت في المقدار الطبيعي للأعمار المختلفة ، ويقاس ضغط الدم غير الطبيعي أو المرتفع بارتفاعه أو زيادته عن المعدل العام للعمر الذي يقع فيه الإنسان . أنظر جدول رقم (١٠) .

جدول (١٠) يوضح معدل ضغط الدم الطبيعي متوافقا مع العمر .

الضغط الانبساطي DBP	الضغط الانقباضي SBP	العمــر
٤٠	٧٠	أقل من ٦ أشهر
٥٥	٨٠	من ٦ أشهر إلى ٢٤ شهراً
٦٠	٩٠	٢-٨ سنة
٧٠-٧٥	١٠٠	٩-١٣ سنة
٧٥	١١٠	١٤-١٨ سنة
٨٠	١٢٠	١٩-٣٠ سنة
٨٥	١٢٥	٣١-٤٤ سنة
٩٠	١٣٠-١٤٠	٤٥-٦٠ سنة
٩٥	١٤٠	٦١-٧٠ سنة
١٠٠	١٥٠	أكبر من ٧٠ سنة

(المصدر : مايو كلينك ، ٢٠٠٠)

والعامل الآخر غير القابل للتغير والمرتبط بالتفاوت في ضغط الدم بين الفئات الاجتماعية هو ذلك المرتبط بالنوع سواء أكان ذكراً أم أنثى ، فلقد أشارت الدراسات إلى أن الرجال هم أكثر عرضة للإصابة من النساء . ولكن عند التقدم في السن ، فإن المسألة تصبح معكوسة ، حيث يلاحظ ارتفاع الإصابة عند النساء اللاتي تجاوزن الخمسين ، ويعانين من انقطاع الطمث (مايو كلنيك ، 2000) . فهو جانب يرتبط بالعوامل الفسيولوجية الخاصة بالإنسان ونموه وتركيبه الجيني ، فالجوانب الفسيولوجية مرتبطة بارتفاع وانخفاض ضغط الدم عند الإنسان .

هذه بعض من العوامل التي تعتبر من العوامل الثابتة غير قابلة للتغير ، بمعنى

أن الإنسان لا يختار جنسه ، أو عمره ، أو عرقه أو تركيبه الجيني . فهي متغيرات اجتماعية لها ارتباط بضغط الدم . وتجدر الإشارة هنا إنه ليس من الضروري أن ترتبط هذه العوامل بعلاقة خطية واحدة في جميع الأحوال ، بمعنى أننا لا نستطيع القول بأن كل الذين ينتمون إلى عرق معين يعانون من ارتفاع ضغط الدم أكثر من غيرهم في المجموعة السكانية الأكبر ، ولا يعني أيضاً أن جميع الذكور هم أعلى معدلاً في ارتفاع ضغط الدم عند جميع أفراد الجنس البشري ، وليس بالضرورة أن يكون ارتفاع العمر له علاقة خطية تتماشى بصورة متناغمة مع ضغط الدم . إن القضية هنا بلا شك متفاوتة في هذه المتغيرات . وتمتد لتشمل عدة عناصر متغيرة ومعقدة ومترابطة في كثير من الأحيان . وترتبط هذه العوامل أيضاً بالمجتمعات الإنسانية المتعددة باختلاف أقاليمها ونطاقها الجغرافي . ولكن ، بشكل عام هي متغيرات مهمة أكدت كثير من الدراسات علاقتها بضغط الدم وارتفاعه .

أما المتغيرات الأخرى فهي متغيرات أو عوامل تعتبر عوامل خطر ارتبطت بجوانب متغيرة ومتبدلة . فهي عوامل قابلة للتغير ، ومن شأن الإنسان أن يحدث فيها تغيراً ، أو هي التي تمت نتيجة للتغير الذي أحدثه الإنسان على نفسه سواء بمحض إرادته أو نتيجة تأثير خارجي . ولاشك أن هذه العوامل ارتبطت بشكل مباشر مع عوامل التحديث والتغير الاجتماعي-الثقافي السريع والتي سبق الحديث عنها . ولكننا هنا سنحاول أن نوضح أبرز هذه المتغيرات والعوامل منفردة ، ونتحدث عن مدى تأثيرها على ارتفاع ضغط الدم عند الإنسان في المجتمع المعاصر . فهي متغيرات ارتبطت بشكل كبير بهده المجتمعات وظهرت على أنها إفراز مركب عوامل التغير في هذه المجتمعات .

لعل أحد أبرز العوامل المسهمة في حدوث حالات الإصابة بارتفاع ضغط الدم ، والتي سبق الحديث عنها في مواقع متفرقة من هذا الكتاب هو ذلك العامل المرتبط بأنماط التغذية والغذاء ، وما يرتبط به من مشكلات صحية في مقدمتها السمنة . ولقد سبق توضيح مدى ارتباطها بعوامل التغير الاجتماعي والثقافي والتحديث في عدة من المجتمعات . وحسب زعم محمد أبو الشوك (1984) أنه قد وجد أن معدل الضغط يزداد بمقدار ١٣مم زئبق عند أصحاب السمنة المفرطة إذا ما تمت مقارنتهم أصحاب الوزن الطبيعي ، ووجد أن نسبة المصابين بهذا المرض في حالة السمنة تتراوح بين ضعفين إلى أربعة أضعاف الذين يتصفون بالنحافة .

ولقد أشارت بعض الدراسات التي تم إجراؤها في لنتجراد وهولندا في أثناء الحرب العالمية الثانية وبعدها إلى أنه وبسبب قلة الموارد الغذائية في أثناء فترة الحرب العالمية الثانية ، والذي أدى على أثره إلي انخفاض ونقص أوزان أصحاب السمنة المفرطة ، وجد العلماء أن ضغط الدم الخاص بهذه الفئة قد انخفض بنسبة كبيرة حتى وصل إلى مستواه الطبيعي . ولقد عاد إلى الارتفاع بعد الحرب وبعد توفر الموارد الغذائية الذي صاحبه ارتفاع في وزن المصابين (محمد أبو الشوك ، 1984) .

ولعل تفسير ارتفاع ضغط الدم مع زيادة الوزن وارتباطه معه يرجع إلى أنه كلما زاد حجم الجسم ، زادت حاجته إلى الدم لتزويده بالأكسجين والأغذية لمختلفة الأنسجة . والذي يعني زيادة في كمية الدم المتدفق في الأوعية الدموية أي زيادة ضغط الدم على غلاف الأوعية الدموية . إضافة إلى ذلك ، فإنه مع زيادة البدانة تزداد معها سرعة نبض القلب ويرتفع مستوى الأنسولين في الدم يدفع الجسم إلى حبس الأملاح المعدنية والماء . ويلاحظ أيضاً بأن من يعانون من البدانة يميلون إلى

تناول أطعمة غنية بالدهنيات ، والتي تزيد من تراكم الطبقات الدهنية في الغلاف الداخلي للأوعية الدموية مما يترتب في ضيقها ، وتكون المواد الغذائية غنية بالدهون إذا كان ٣٠٪ من السعرات الحرارية التي يحصل عليها يوميا مصدرها الدهون . وتشير الإحصاءات إلى أن نحو ٩٧ مليون شخص (أي ما يزيد قليلاً عن نصف السكان الراشدين) في الولايات المتحدة يعانون من زيادة في الوزن (مايو كلنيك ، 2000 ، ص ٣٢-٣٣) .

فمن العوامل المؤثرة على ارتفاع ضغط الدم الغذاء والتغيير الذي أصابه . فالتغير في التغذية سواء أكانت بالنوعية أو بالكمية لعبت دورها الأساسي في التعرض لكثير من الأمراض كما سبقت الإشارة - ومنها مرض ارتفاع ضغط الدم وهو أحد هذه الأمراض المرتبطة بصورة مباشرة بنوع الغذاء المستخدم . فلقد أكد قسم الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة The U.S Department of Health and Human, 1984 حقيقة مفادها أن استهلاك نسبة عالية من الصوديوم دون ان تقابلها عملية موازنة في أخذ كميات كافية من البوتاسيوم والكالسيوم يكون نتيجتها انتشار واسع ومحتمل لمرض ارتفاع ضغط الدم (Molnar, 1992) . فهناك ، ووفقاً لذلك ، موازنة غذائية يجب ان تتم حتى يمكن أن يحافظ الجسم على توازنه ودون أن يتعرض الإنسان لمرض ارتفاع ضغط الدم . فقد يلعب الغذاء دوراً مهماً وأساسياً في هذه المسألة ، فهناك علاقة بين عوامل التحديث وبين التغير في التغذية التي فرضت زيادة في استخدام واستهلاك الصوديوم في الغذاء . وهذا ما أكدته بعض من الدراسات في هذا المجال . فقد أكد أيضاً درسلر Dressler (1987) في دراسته على البرازيل بزيادة نسبة استخدام الكالسيوم والدهون في الوجبات ، وأكد

كذلك حسون (Hassoun, 1996) في دراسته على العرب المهاجرين في مدينة ديترويت Detroitفي ولاية ميتشغان الأمريكية مستخلصاً أن التغير الذي طرأ على غذائهم وزيادة نسبة استخدام ملح الطعام في الوجبات ارتبط مع زيادة معدلات ضغط الدم .

فالجسم بحاجة إلى كمية معينة محددة من الصوديوم من أجل التفاعلات الكيميائية داخل الخلايا . وأحد أهم مصادر الصوديوم هو ملح الطعام المؤلف من ٤٠٪ من الصوديوم ، و ٦٠٪ من الكلورايد . إلا أن بعض الأشخاص يعانون من حساسية من الصوديوم في الدم أكثر من غيرهم . وهؤلاء يحتبسون الصوديوم أكثر من سواهم مما يؤدي إلى احتباس السوائل وزيادة ضغط الدم . وتشير الإحصاءات إلى أن ثلث الأمريكيين المصابين بارتفاع ضغط الدم لديهم حساسية من الصوديوم على الأرجح ، وهذه النسبة تزداد بين الزنوج ومع التقدم بالسن . وفي المقابل ، فإن وجود البوتاسيوم بكميات مناسبة يعد أمراً ضرورياً . فهو يسهم في موازنة الصوديوم في الخلايا ، ويتخلص من فائض الصوديوم في الكلى التي تحوله إلى البول (مايو كلينيك ، 2000 ؛ ص : ٣٣-٣٤) .

ولذلك ، فإن عملية الموازنة ضرورية هنا . بشكل عام ، فلقد لعبت عوامل التغير الاجتماعي الثقافي دورها في التأثير وإحداث الخلل في هذه الموازنة ، ومن ثمّ أدي ذلك إلى ارتفاع ضغط الدم . ولقد تمت دراسات متعددة تتحدث عن علاقة السمنة والمكونات الغذائية بضغط الدم وارتباط ذلك بعمليات التحديث - ولعل من أبرز الدراسات في هذا المجال دراسة مجتمع الساماوا (McGarvey and Baker, 1979) ، وهذا مثال حي لمجتمعات الخليج العربي التي تعاني من السمنة وارتفاع

ضغط الدم نتيجة لعوامل التغير الاجتماعي والثقافي والتحديث والانفتاح على المنتوجات الغربية .

والعامل الآخر المرتبط أيضاً بارتفاع ضغط الدم هو ذلك العامل المرتبط بالسلوك الاستهلاكي للكحوليات ، والتدخين . قد تم الحديث عن تأثير الكحوليات والتدخين بشكل عام في أحداث بعض الأمراض فيما مضى ، ولكن ما يهمنا هنا هو تحديد دور التدخين والكحوليات وتأثيره على ضغط الدم بالتحديد . فقد أشار عدد كبير من الدراسات إلى تأثير الكحوليات على ضغط الدم في ثقافات متعددة في العالم (انظر على سبيل المثال : Okubo et. al., 2001; Cushman, 2001; Choudhury et. al., 1998; Howes et. al., 1997; Ueshima et. al., 1993) . وعلى الرغم من عدم معرفة العلماء بالتحديد الدور الذي يلعبه الكحول في زيادة ضغط الدم ، فإنه قد أوضحت الدراسات مدى العلاقة ، وزيادة احتمال الإصابة عند الأشخاص الذين يتناولون مشروبين أو ثلاثة تحتوي على الكحول ، إذ يؤدي إدمان الكحول إلى زيادة احتمال ارتفاع ضغط الدم بنسبة ٨٪ (مايو كلنيك ، 2000) .

أما فيما يتعلق بالتدخين ، فإنه -كما سبقت الإشارة- له ارتباط مباشر بارتفاع ضغط الدم . فالمواد الكيمائية بشكل عام والموجودة في السجائر بالتحديد تضر الغلاف الداخلي للأوعية الدموية فتجعله أكثر عرضة لتراكم الطبقات الدهنية فيه ، كما أن النيكوتين الموجود في السجائر يجعل القلب ينبض بسرعة أكبر ، ومن ثمّ يزيد من ضغط الدم . إضافة إلى ذلك ، فإنه عند تناول السجائر ومشتقاته فإن ثاني أوكسيد الكربون يحل محل الأكسجين في الدم وهو ما يزيد من ضغط الدم بحمل

القلب على النبض بقوة أكبر لتأمين المزيد من الأوكسجين إلى الأعضاء والأنسجة في الجسم (مايو كلنيك ، 2000 : 32) . ولقد أشارت إلى هذا الارتباط العديد من الدراسات التي نشطت في فترة سابقة توضح درجة العلاقة بين المتغيرين (انظر على سبيل المثال : Selter, 1994; Green et. al., 1977; and Roo, 1983) .

هذه العوامل مجتمعة تعتبر من العوامل قابلة للتغير ، أو التي يستطيع الإنسان تداركها وتخضع لسيطرته المباشرة . فهي عوامل ذات طبيعة متغيرة وتخضع لسلوكيات الفرد على المستوى الشخصي وليس العام ، بمعنى أن يتعرض لهذا المؤثر مثل التدخين ، تعاطي الكحوليات ، أو قلة نشاطه الحركي بمحض إرادته الشخصية وضمن نطاقه الفردي الذي باستطاعته التغلب عليه بطريقته . فكون الإنسان مدخناً أو غير مدخن هي مسألة شخصية بالإمكان التخلص منها متى شاء الإنسان ، وبذل مجهود عضلي بممارسة الرياضة بأنواعها أيضاً تخضع في دائرة اختيار الفرد . ولذلك ، فإن هذه العوامل تعتبر عوامل فردية قابلة للتغير بمحض إرادة الفرد نفسه . فهو الذي مارسها بدايةً حتى أوصلته إلى ما هو فيه ، وهو الذي أسهم في جعلها مؤثرة بارتفاع ضغط الدم لديه .

ولعل هناك عوامل أخرى أيضاً متغيرة ولكنها لا تقع ضمن نطاق الفرد نفسه إنما ترتبط بالمحددات الاجتماعية والثقافية والنفسية والفسيولوجية المفروضة عليه ، والتي قد يكون بعض منها مرتبطاً بعوامل التغير الاجتماعي والثقافي والتحديث الذي يمر به المجتمع . فهناك عوامل اجتماعية على سبيل المثال أسهمت بالتأثير على الإنسان ، وأثرت على مقياس ضغط الدم الخاص به .

وتركز كثير من الدراسات الأنثروبولوجية المعاصرة على التأثير البيئي الإنساني ، وكيف تعمل التغيرات في الحياة الاجتماعية في التأثير على ضغط الدم . فلقد حرص الأنثروبولوجيون على مناقشة ضغط الدم في ثقافات ومجتمعات متعددة في محاولة منهم للربط بين علاقة المجتمع وما يتعرض له من عمليات تغير اجتماعي ثقافي وبين ارتفاع ضغط الدم . ولعل أحد أبرز الدراسات الخاصة بمناقشة عوامل التغير الاجتماعي الثقافي على مرض ارتفاع ضغط الدم تلك الدراسة المشهورة التي قام بها درسلر (Dressler, 1982) على أسلاف السكان السود الذين اندمجوا ثقافياً في المجتمع الغربي فهي تعتبر من الدراسات الرائدة في هذا المجال ، والتي استنتجت أن مقدار تأثير عوامل التغير الاجتماعي والثقافي والاندماج الثقافي في المجتمعات المتحضرة له دور بارز في النتائج الصحية العكسية على هؤلاء الأشخاص هذه النتائج عادت عليهم بارتفاع واضح في ضغط الدم ، فقد تكيفوا واندمجوا مع بيئة حياتيه اشتملت على ضغوطات نفسية ، ومن ثمّ كان لها التأثير الأكبر على صحتهم .

فعملية تبديل طرق المعيشة والحياة من نموذج إلى آخر له تأثيره الكبير والمهم على ضغط الدم ، وهذا ما أكدته كثير من الدراسات . (Bindon, Crews, Dressler, 1991; Dressler, 1982 and 1994, Dressler et al, 1987. McGarvey and Baker 1979 , Silver and Eckhardt, 1994) . ولعل العامل الأساسي الذي يضطر الأشخاص إلى تغيير نمط حياتهم هو قيامهم بالهجرة والانتقال من مكان لآخر وخاصة عندما ينتقلون من مجتمع تقليدي إلى مجتمع ذي اقتصاد يعتمد على السوق الحر . فالمجتمعات التقليدية- كما سبقت الإشارة -

لها معدلات ضغط متدنية مقارنة بالمجتمعات المتقدمة . ويرجع بعض الباحثين ذلك- إضافة إلى ما سبق- بأن عامل الوضع الطبقي الموجود في المجتمعات الغربية يرتبط مع ارتفاع ضغط الدم (Silva And Eckhardt'1994) . فالوضع الطبقي الذي يحاول ان يصل إليه الفرد يرتبط بارتفاع ضغط الدم ، فهي من أبرز الجوانب التي تتعلق بالضغوط النفسية التي يعاني منها الفرد داخل هذه المجتمعات . إن ذلك ينعكس بالدرجة الأولى على السلوك ومدى ارتباطه بعوامل التغير الاجتماعي والثقافي . فعندما يكون هناك سلوك إنساني داخل المجتمع المتحضر الذي يعتمد على السعي نحو رفع المكانة الاجتماعية وذلك عن طريق المحاولة في الحصول على معدل عال من المواد والمعطيات المادية للمعيشة في ظل ظروف ووضع اقتصادي محدود . فقد أوضحت كثير من الدراسات أن الأشخاص الذين يحاولون الحصول على مواد مادية عالية القيمة للمعيشة ويعانون من مداخيل اقتصادية محدودة هم من الأشخاص الذين يتعرضون بصورة أكبر لارتفاع ضغط الدم . فالأشخاص الذين يعانون ويتعرضون لارتفاع ضغط الدم ، هم هؤلاء الأشخاص الذين يطلبون ويبتغون الوصول إلى وضع اجتماعي أعلى فيتعرضون إلى حالة من عدم الاستقرار أو عدم الثبات النفسي Status of Inconsistency والذي يظهر في تضاد ومغايرة بين الطموح الشخصي في الحصول على المعطيات المادية للثقافة ، وبين المصادر الاقتصادية .

هذه الحالة من التعارض وعدم الثبات وعدم الاستقرار غالباً ما توجد لدى مجتمعات محددة دون الأخرى ، فهي محاولة من الأشخاص ليس فقط من أجل الحصول على المواد والمعطيات المادية فحسب ، إنما محاولة من الأشخاص لرفع

مستواهم الاجتماعي في الوضع الاجتماعي القائم ، وذلك من خلال عملية الحراك الاجتماعي الذي يحدد مساره المقتنيات المادية لدى الأفراد . فارتفاع اقتناء المعطيات والمواد المادية هو بلا شك يرفع من درجة الوضع الاجتماعي للفرد ، والذي يؤثر بدوره على مسار الحراك الاجتماعي للأسرة أو للفرد . ولعل هذا الوضع القائم على الحصول على معطيات مادية قد يجعل الفرد يعيش في صراع إذا ما كان عضواً في أحد المجتمعات النامية التي تتعرض إلى أوضاع اقتصادية يصيبها التغير (Dressler,1994) . وهذا يوضح مدى أهمية تأثير العامل الاقتصادي على معدلات ارتفاع ضغط الدم لدى الأفراد في المجتمع ، وخاصة عندما يكون الوضع الاقتصادي الاجتماعي للشخص يمر بعملية تغير .

ولتطبيق ما ذهبت إليه درسلر Dressler على الوضع الراهن في منطقة الخليج العربي فإننا نجد أن هناك ارتفاعاً حاداً في انتشار مرض ضغط الدم في هذه المجتمعات ، وذلك نظراً لأنها شهدت عملية تغير اجتماعي ثقافي واسعة كما أن الوضع الراهن في هذه المجتمعات يبرز سعي أفراد هذا المجتمع - والذي أصبح جزءاً من ثقافته - في اقتناء مواد وسلع مادية متعددة وكثيرة ، وهذه المقتنيات تنوعت في أشكالها ، وقد عكست رمزاً مهماً في مجال رفع الوضع الاجتماعي للفرد في هذه المجتمعات . فانتشار السلع الكمالية بهذه الصورة والذي سهل من عملية الحصول عليها . ولا شك أن التغير في الوضع الاقتصادي قد انعكس على الوضع الصحي العام للأفراد هذا المجتمع . فلقد أصاب هذه المجتمعات نوع من أنواع عدم التوافق والاستقرار المرتبط بالتضاد بين الطموح والرغبة في تحصيل هذه السلع ، وبين الوضع الاقتصادي والحالة المادية للفرد . ولعل من أبرز الأدلة على الرغبة في

الحصول على السلع التي من الممكن أن ترفع من الوضع الاجتماعي للفرد هي تلك الأجهزة الحديثة المقتناة لدى الأسرة ، والهاتف النقال ، ونوع السيارة وسنة صنعها وشكل وطبيعة المنازل الفاخرة ، وغيرها من الأمور المتعددة التي تعكس الاستهلاكية في السلوك . وخير دليل أيضاً على أن الوضع الاقتصادي للفرد يقع في عملية تضاد مع مقدار السلع المتوافرة لديه هو أن نسبة المدينين للبنوك والمؤسسات الأخرى يأخذ شكله المتزايد وحجمه الكبير بالنسبة للأفراد في هذه المجتمعات . فهناك نوع من أنواع التضاد بين الرغبة بالاقتناء وبين الحالة المادية للفرد انعكس أثره على الوضع الصحي العام في هذه المجتمعات . ومن ثمّ فإن زيادة نسبة الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم يعتبر أمراً طبيعياً ، وانتشاره أمراً متوقعا . وهذه مسألة تؤكد أهمية ودور الوضع الاقتصادي في انتشار هذه الأمراض ، والذي يمكن أن يكون سلاحاً ذا حدين : سلاحاً للرفاه وسلاحاً للمرض . والذي من الممكن ان يوصف في كثير من الأحيان بأنه سلاح قاتل نظراً لارتباطه بأمراض القلب . فهناك حاجة ماسة لدراسات تتناول هذا الجانب .

ومن الأمور المرتبطة بعملية التغير الاجتماعي الثقافي وارتباطه بارتفاع ضغط الدم أيضاً تلك المرتبطة بالنظام القيمي ؛ فالنظام القيمي يعتبر أحد العوامل المهمة المرتبطة والمؤثرة على ضغط الدم الخاص بالإنسان . فللتّغيّر الاجتماعي الثقافي اثر بدوره على القيم الخاصة بالفرد . ولقد وضح درسلر (Dressler,1994) في مثال استخدمه لأحد المجتمعات التي تعرضت إلى تغير اجتماعي ثقافي سريع وكيف تمكن هذا التغير من التأثير على النظام القيمي الخاص بين الجيلين . فالجيل الذي نشأ في الوضع المصاحب لعملية التغير حمل معه أفكاره وقيمه الخاصة ، والتي

سرعان ما تصادمت مع القيم الحديثة التي أفرزتها الحياة الاقتصادية أو الوضع الاقتصادي الجديد ، فمن نشأ وتربى على قيم معينة في ظل ظروف اقتصادية متدنية تتعارض قيمه مع الجيل التالي الذي حمل معه قيماً ارتبطت بالوضع الاقتصادي الذي فرض بدوره انفتاحاً على الخارج . فيواجه الجيل الأول نوعاً من أنواع الصراع القيمي فينظرون إلى العالم الجديد والوضع الحديث بتلك القيم التي اكتسبوها وهم صغار ، فينشأ على أثره هذا الصراع والتناقض القيمي . فهذا التناقض الثقافي أو عدم التوافق الثقافي من الممكن أن يسبب الارتباك والتشوش ويولد الضغوط لدى الفرد والذي يقود في النهاية إلى ارتباط بزيادة في ضغط الدم (Dressler,1994) فهذا قد يكون أحد العوامل التي من الممكن أن تفسر لنا لماذا ينتشر مرض ارتفاع ضغط الدم بين أفراد المجتمعات الخليجية على وجه التحديد في الوقت الراهن .

ولعل من أبرز محددات مرض ارتفاع ضغط الدم والذي نتج عن تأثير عوامل التغير الاجتماعي الثقافي هو ذلك الذي يتعلق بمستوى الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد من المجموعة المحيطة به . فمن المعروف أن التغير الاجتماعي والثقافي قد أثر على الدور الذي يقوم به أعضاء وأفراد الأسرة عندما أصابها التغير في الانتقال من وضع الأسرة الممتدة الذي كانت تعيش فيه كثير من المجتمعات إلى أسرة نواة ، وكيفية تأثير ذلك على الوضع الخاص بمستوى الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الشخص من جماعته القرابية .

ففي دراسة محلية قام بها المؤلف (2002) ، عن الدعم الاجتماعي وعلاقته بمعدلات ضغط الدم في الأسرة الكويتية ، وجد من خلالها العلاقة الارتباطية بين نوعية الأسرة وضغط الدم . فقد أوضحت الدراسة أن اتساع نسبة العلاقات

الاجتماعية داخل الأسرة الكويتية يرتبط مع انخفاض في معدلات ضغط الدم . فالأسرة الممتدة وما تقدمه من دعم اجتماعي لأفرادها يرتبط بانخفاض معدلات ضغط الدم بعكس الأسرة التي ترتبط بشبكة علاقات اجتماعية أخف . ولقد أوضحت الدراسة أيضاً أن حجم الأسرة ووجود الإخوة داخل منزل المعيشة قد يسهم في تلقي دعم اجتماعي ، وهو يرتبط أيضاً بانخفاض معدلات ضغط الدم مع مراعاة بعض العوامل الخاصة بطبيعة الأسرة مثل الاستغلالية في منزل الأسرة . حيث إن هناك بعض الاعتبارات والمحددات الثقافية والاجتماعية التي من الممكن أن تلعب دوراً بارزاً في انخفاض معدلات الدعم الاجتماعي . فقد أشارت هذه الدراسة إلى علاقة نمط وشكل الأسرة الكويتية وعلاقتها بالضغوط الاجتماعية والنفسية والدعم الاجتماعي ، ومدى ارتباط ذلك كله بمعدلات ضغط الدم .

ولقد أكدت كثير من الدراسات تأثير الدعم الاجتماعي على ضغط الدم . فلقد ذهب درسلر (Dressler, 1982) في دراسته إلى أن مستوى الدعم الاجتماعي يزود الشخص بوظيفة وقائية مهمة من التعرض لهذا المرض ، فالشخص الذي لديه دعم اجتماعي متعدد وكبير ، فإن تعرضه وتأثره بالضغوط الاجتماعية والنفسية يقل ، وهي مسألة قد أكد عليها الكثير من الباحثين في دراساتهم . في مقابل هذه المسألة ، الشخص الذي يعاني من قلة مستوى الدعم الاجتماعي ويقع تحت تأثير ضغوط نفسية عالية فهو يعاني من ضغط دم مرتفع نتيجة لتعرضه لهذه الضغوط . ولقد أكد درسلر أن أسوأ النتائج الصحية من الممكن أن تحدث عندما تتعرض المجموعة أو يتعرض الفرد إلى ضغوط نفسية عالية مع دعم منخفض وقليل لأفراد يدعمون هذه المجموعة ، أو هذا الفرد اجتماعياً .

والنتيجة الطريفة لعلاقة مستوى الدعم الاجتماعي بضغط الدم هيما أكده درسلر (1982) Dressler من أن الزواج المتعدد في المجتمع الكاريبي Caribbean للسود يعتبر زواجاً يرتبط بانخفاض ضغط الدم . فهو نمط تكيفي لهذا المجتمع ارتبط بهذا النوع من الزواج . ويفسر ذلك على أن هذا النوع من الزواج يربط الأسرة بعلاقات شبكة اتصالات كبيرة تدعم بعضها البعض ، وهي ترتبط بانخفاض ضغط الدم لهذه المجموعة السكانية .

ولقد أبرز درسلر (Dressler, 1982) في الدراسة نفسها ما يسمى «بالمجتمع الودود» أو الجماعة المساندة Friendly Society ومدى الارتباط بها وتأثيرها على انخفاض ضغط الدم من خلال ما تقدمه من مساندة ودعم اجتماعي لهذا المجتمع . وهذه الجماعة عرفها درسلر Dressler على أنها تلك الجماعة التي تتبادل فيها المساعدة والدعم بين أعضائها التي تقدم لأفرادها دعماً في حال المرض ، أو الوفاة ، أو أي ضرر من الممكن ان يتعرض له الفرد المنتمي إليها . هذه الجماعة تسهم في انخفاض ضغط الدم للأفراد المنتمية لها .

فالدعم الاجتماعي ، والذي يعتبر عنصراً اجتماعياً حددته البيئة الاجتماعية والثقافية الخارجية عن محيط الإنسان ، ارتبط بشكل مباشر بمعدل ضغط الدم عند الفرد . فالدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد من محيطه سواء أكان هذا المحيط أسرته وأعضاءها ، أو أقرباؤه أو من أصدقاؤه ، فهو بلا شك يمثل دوراً فاعلاً على الصحة الجسدية للإنسان . فهي إشارة ميكانيكية لتأثير اجتماعي على الوضع الصحي .

ويعتبر التدين -من حيث هو سلوك ثقافي- للإنسان واحداً من العوامل المهمة

جداً أيضاً على الصحة العامة للإنسان بشكل عام ، وعلى مستوى ضغط الدم بشكل خاص . فالتدين يعتبر أحد أبرز المحددات الاجتماعية الثقافية التي تلعب دوراً بارزاً في التأثير على مستويات ضغط الدم في المجتمعات الإنسانية . فالتدين عند الأشخاص بشكل عام أظهر أنه يرتبط بمستويات صحية جيدة بشكل عام . فقد عرض كنج King (1995) دراسة على مجموعة من الأدبيات توضح هذا الارتباط بين التدين والصحة العامة بشكل عام . ولقد عرض ليفين وفاندربول Levin and Vanderpool (1989) ۲۰ دراسة أوضحت العلاقة المباشرة بين التدين ومعدلات ضغط الدم بالتحديد . فلقد أشارت بعض الدراسات إلى المؤسسات الدينية أيضاً في انخفاض معدلات ضغط الدم ، وركزت على أهمية هذه المؤسسات من حيث هي عنصر داعم ومساند للإنسان (Ofili, Igho-Pemu and Bransford, 1999) . وأشارت دراسة أخرى لبراون Brawn (2000) إلى أن الالتزام الديني لدى الجماعة العرقية السوداء في الولايات المتحدة ارتبط بعلاقة مع ضغط الدم ؛ حيث لعب هذا الالتزام الديني عاملاً مهماً حاجزاً ضد الضغوط التي يتعرض إليها الإنسان في المجتمع الحديث . فهو ذو تأثير فعال على المدى الطويل بالنسبة لهذه المجموعة السكانية .

في مجال الاختلاف في تأثير درجة التدين على مستوى ضغط الدم الانقباضي أو الانبساطي ، فقد أشارت دراسة هيكسن وزملائه Hixson et. al. (1998) إلى أن ضغط الدم الانبساطي (DBP) يتأثر بشكل أكبر من ضغط الدم الانقباضي (SBP) عند الإناث في المعتقد المسيحي . ولقد وجد كوينج Koenig (1998) أن كبار السن الملتزمين دينيا والذين يلتزمون قراءة الانجيل والصلاة بشكل اعتيادي هم أقل في

معدلات ضغط الدم من الأقل التزاما دينيا ولا يقرأون الإنجيل ويصلون بشكل مستمر .

إن درجة التدين هنا لا تعكس أثر ديانة دون أخرى . فالدراسات الغربية التي تناولت هذا الجانب متعددة ومتنوعة ، والتي أظهرت تأثير التدين بدرجاته على مستويات ضغط الدم . وبما أن أغلب هذه الدراسات عرقية فإن درجة التدين تقاس بالديانة المسيحية .

وعلى حد علم المؤلف ، لا توجد دراسات عربية إسلامية أو محلية تتحدث عن تأثير التدين بالتحديد على ضغط الدم في المجتمع الإسلامي . فالدراسات في هذا الجانب نادرة إن لم تكن معدومة عدا تلك الدراسة التي قام بها المؤلف (Al-Kandari, In Press) عن درجة التدين وعلاقته بمعدلات ضغط الدم على عينة من الأفراد داخل المجتمع الكويتي . ولعل من أبرز نتائج هذه الدراسة تعزيز النتائج السابقة التي أوضحت علاقة ضغط الدم بدرجة التدين . فقد أشارت الدراسة إلى أن الالتزام الديني يرتبط بانخفاض في معدلات ضغط الدم عند عينة من أفراد المجتمع الكويتي .

فالتدين يعتبر من المتغيرات المهمة التي تلعب دوراً في التأثير على الصحة بشكل عام ، وعلى ضغط الدم بشكل أكثر خصوصية . ولا شك أن التدين ودرجته يلعبان دوراً تكيفياً مهماً في المجتمع الحديث وظروفه المادية المتعددة . فالمعطيات البيئية التي يفرضها المجتمع الحديث يحتاج إلى أن يقابلها سلوك تكيفي ملائم . فالتدين وما يفرضه من استقرار طبيعي للفرد وشعور بالارتياح نفسي ، وما يوفره من شبكة علاقات اجتماعية داعمة تبادل الفرد الشعور بالطمأنينة والدعم ، فإنه وفقاً

لذلك كله يكون وسيلة تكيفية تقابل معطيات الحياة المدنية الحديثة . فهو يقوم بدور مؤثر في الحياة المدنية ، يؤمن عامل الشباب والاستقرار في مجتمع متغير ودائم الحركة . وهذا ما أوضحته العديد من الدراسات التي ركزت على هذا الجانب .

أما الجانب أو المحدد الأخير الذي يرتبط بالتأثير على معدلات ضغط الدم فهو ذلك المحدد أو الجانب النفسي للفرد . فالجوانب النفسية والسيكولوجية والتي سبق الحديث عن بعض من تأثيراتها -مثل عدم التوافق في أسلوب الحياة- يعتبر من العناصر والمؤثرات المهمة التي ارتبطت بالجانب المرضي والمتعلق بضغط الدم ، والتي ظهرت بشكل بارز في المجتمع الحديث . فهناك العديد من المتغيرات النفسية الأخرى التي أوضحت كثير من الدراسات ارتباطها وتأثيرها على معدلات ضغط الدم .

وقد قامت حصة الناصر (1999) باستعراض نظري لدراسات تطبيقية متعددة أوضحت فيه علاقة ارتفاع ضغط الدم ببعض المتغيرات النفسية ، فقد أشارت الباحثة إلى بعض الأدبيات التي تناولت مفاهيم ومتغيرات مثل «الاكتئاب» ، و«قمع الغضب» بصورة مزمنة ومتكررة و«عدم التنفيس الانفعالي» ارتبطت بشكل جوهري مع ارتفاع معدلات ضغط الدم في المجتمعات والثقافات المدروسة المتعددة . ولقد أشارت بعض الدراسات إلى الفروقات الإحصائية بين الجنسين في بعض المتغيرات النفسية والاستجابة لها مثل قمع الغضب فأشارت إلى أن النساء يعتبرن أكثر لجوءاً لقمع غضبهن من الرجال . ولقد أشارت الدراسات إلى جانب نفسي آخر تحدثه الإصابة بارتفاع ضغط الدم على الجانب النفسي لدى الفرد . فقد أشارت الدراسات إلى بعض الملامح شخصية ونفسية لبعض المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم . فالشخص المصاب « . . يعاني من صراعات ومشاكلات

متعلقة بالتعبير عن غضبه ، ومشاعره العدوانية ، وبالقلق النسبي ، ورد الفعل الفسيولوجي للمواقف الاجتماعية ، خصوصاً تلك التي تتطلب حدوث اتصال . كما أنه يميل إلى العزلة الاجتماعية ، ولاستخدامه الأفكار والكتب حيلاً دفاعية للتكيف مع صراعاته الداخلية» (ص ١٦) .

ولعل ما تقدم يعتبر من أبرز المحددات والمتغيرات لضغط الدم ، والتي من الممكن إيجازها بتلك المتغيرات قابلة للتغير مثل البدانة وقلة النشاط البدني ، والتدخين ، وتعاطي الكحوليات ، والغذاء بشكله العام ؛ والعوامل غير القابلة للتغير مثل العرق ، والتاريخ العدواني ، والعمر ، والنوع ؛ إضافة إلى بعض المتغيرات الاجتماعية مثل الدعم الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية ، وبعض المتغيرات النفسية السيكولوجية المتمثلة في الغضب والعدوانية وغيرها من هذه المتغيرات ، ولكن يجب الإشارة إلى نقطة مهمة في هذا الجانب ، وهي أن العلاقة بين هذه المتغيرات مع معدلات ضغط الدم هي بالواقع علاقة ارتباطية وليست سببية . فمن الخطأ الجزم بالعلاقة السببية بين هذه العوامل وبين معدلات ضغط الدم . فتظل العلاقة تأخذ جانبها الارتباطي . إضافة إلى ذلك ، فإن العلاقة أيضاً بين هذه المتغيرات وضغط الدم لا تأخذ طبيعة خطية واحدة ؛ إذ إنها عرضة للتأثر بمتغيرات متعددة وعوامل ثقافية متنوعة . ولا شك أن الحقيقة التي لا مجال للاعتراض عليها ، أن زيادة وجود هذه العوامل مجتمعة ، تلعب دوراً مهماً في إحداث الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم والذي يعتبر أحد أبرز الأسباب للإصابة بأمراض شرايين القلب ومن ثم الوفاة . فارتفاع ضغط الدم يعتبر من الأسباب غير المباشرة في إحداث حالات الوفاة في المجتمعات المتقدمة . ولابد من الإشارة إلى أن

أغلب هذه العناصر يتأثر بعوامل التحديث والتغير الاجتماعي والثقافي ، إما بطريقة مباشرة كما تمت الإشارة إلى ذلك في الجزء الخاص عن تأثير عوامل التحديث والتغير الاجتماعي والثقافي أو بطريقة غير مباشرة من خلال أثر عوامل التحديث في تغيير بعض من العلاقات الاجتماعية مثلاً ، أو التأثير على الجوانب النفسية من إحداث حالات قلق واكتئاب وحرمان وغضب المرتبطة بضغط الدم .

إن دراسة ضغط الدم والأعراض التي تصيب الإنسان منه هي بلا شك محط اهتمام الأنثروبولوجيين ، وذلك لارتباط ذلك بعوامل التغير الاجتماعي والثقافي ، التحديث ، الاندماج الثقافي ، والاتصال بالمجتمعات المتقدمة والذي يشمل ويضم تأثيرات من متغيرات نفسية واجتماعية متعددة ارتبطت بالتغير .

ويغض النظر عن مسببات مرض ارتفاع ضغط الدم ، فهذا المرض يعتبر عاملاً خطراً مهماً وجاداً في حدوث أمراض تصلب الشرايين والقلب . ويلعب دوراً مهماً مع الغذاء والتغذية المرتبط بمعدلات كبيرة من الدهون والبروتين في المجتمعات المتحضرة في إحداث تأثير واضح في زيادة نسبة الوفيات . إن معدلات الوفاة بدأت قليلاً بالانخفاض في العقد الماضي ، وقد يكون السبب - وكما سبقت بالإشارة - إلى الإدراك والوعي بالمخاطر التي ترتبط بالغذاء وبضرورة وأهمية ممارسة التمارين الرياضية . وتعتبر نسبة الوفيات نتيجة الإصابة بأمراض القلب والشرايين تمثل المرتبة الأولى في قائمة الوفيات ، والتي غالباً ما يرمز إلى مرض ارتفاع ضغط الدم فيها إلى أنه السبب المباشر المؤثر في الوفاة . إن ذلك يرتبط بشكل مباشر مع التغذية التي يتأثر بها الإنسان في داخل المجتمعات المتحضرة ، عندما تبدأ مجموعة من الناس بتبني الغذاء الغربي ، ونمط حياتي معيشي معين مرتبط مع هذه المجتمعات .

ثالثاً: السرطان (Cancer)

تعريفه :

السرطان هي تسمية مشتقة من الكلمة اليونانية كارنيكوس Karkinos أو ما يسمى بالسلطعون البحري الذي يتميز بكلاليبه التي تنهش ما حولها . (الموسوعة العربية العالمية ، 1996) . فهو عبارة عن مجموعة من الأمصال الخبيثة Malignant neoplasm's تسمى بهذا الاسم تحمل معها صفات عامة محددة تجمعها ، فهذه الأورام الخبيثة تشكل وتتكون عندما يبدأ جمع من الخلايا بالتغير بشكل سريع مما يؤثر على وظيفتها الطبيعية التي تؤديها . وتبدأ هذه الخلايا بالنمو المتضاعف والمطرد بشكل كبير مع عدم سيطرة على هذا النمو والتزايد والذي بدوره ، يقود لانتشاره ، ويغلب ويؤثر على الخلايا السليمة من الجسم بمختلف أجزائه .هناك ما يقارب مائة نوع مختلف من هذا المرض ، ويصنف حسب موقعه أو العضو الذي أصيب به مثل سرطان الرئة ، سرطان الجلد ، سرطان الثدي ، سرطان القولون ، وغيرها من هذه الأنواع (Molnar, 1992) . فهو يعد من الأمراض العصرية المزمنة والغامضة في الوقت نفسه ، ويحدث قلقاً شديداً في المجتمعات الحديثة بشكل خاص .

وبنظرة تاريخية سريعة عن هذا المرض ، فإن قدماء المصريين يعتبرون من أوائل من أشار وتنبه إلى هذا المرض ، فقد جاء في أحد الأوراق البردية إشارة واضحة إلى ما يسمى بورم إنساني خبيث . كما ثبت عند تشريح عدد من المومياءات عند قدماء المصريين وتبين وجود إصابات بسرطان العظام ، وبعض الأنواع الأخرى من السرطانات . ولقد شهد القرن الرابع قبل الميلاد شواهد لكتابات عن أنواع مختلفة

من السرطان . ولقد تمت الإشارة إلى لفظ ورم سرطاني لوصف بعض الأورام التي تنتشر وتسبب هلاك المصاب عند أبوقراط (Hippocrates نزار رباح الريس وآخرون 1990) .

فالسرطان يهاجم أي جزء في الجسم كالرأس ، والثديين ، والوجه ، والحلق ، والفم ، والرئتين ، والأعضاء التناسلية وغيرها من الأعضاء (عطوف محمود ياسين ، 1988) . ولعل هناك أنواعاً محدودة من السرطان تعتبر قاتلة بشكل كبير ، وأكثر فتكاً بالإنسان من غيرها . فهناك تقريباً ٥٠٪ من الأمراض الخبيثة التي من الممكن أن تكون قاتلة . هناك ثلاثة أمور وعوامل تساعد على أن يكون هذا المرض مرضاً قاتلاً : العامل الأول يتمثل في نوعه والذي يرتبط بشكل كبير بما إذا كان من الأنواع القاتلة أم لا . فهناك بعض الأنواع التي تعد قاتلة . العامل الثاني هو عامل الوقت الذي اكتشف فيه قبل أن ينمو . فهناك فرص كبيرة للشفاء إذا تم اكتشاف كثير من الأنواع في وقت مبكر . العامل الثالث وهو يتعلق طريقة أو وسائل العلاج . فهناك بعض الأنواع من سرطان الجلد ، ممكن علاجها بنسبة ١٠٠٪ بينما تكون نسبة علاج أنواع أخرى من سرطان الجلد لا تتعدى ٥٠٪ ، وكذلك الحال بالنسبة لسرطان الرئة التي تمثل ٥٠٪ من نسبة نجاح علاج هذا النوع من المرض . إن حوادث الوفاة من الأمراض السرطانية في الولايات المتحدة بلغت ٢٢٪ من نسبة إجمالي الوفيات ، بينما تبقى النسبة الأعلى لحوادث الوفاة الخاصة بأمراض القلب والشرايين . فعلى الرغم من أن نسبة الوفاة بسبب أمراض تصلب الشرايين والقلب بدأت بالانخفاض في الولايات المتحدة منذ السبعينات - كما سبقت بالإشارة إلا أن معدلات الوفاة بسبب الإصابة ببعض الأمراض السرطانية في صعود وتزايد خلال

هذه الفترة (Molnar, 1992) .

فهو يعد ثاني أخطر مرض يصيب الإنسان على وجه الأرض بعد أمراض القلب المختلفة . وأصبح بذلك ثاني الأسباب المؤدية للوفاة في معظم أنحاء العالم بسبب ازدياد طول الأعمار حيث إنه يوصف على أنه مرض الأعمار الطويلة (إبراهيم أبو النجا وآخرون ، 1969) . وهذه إشارة واضحة إلى التقدم الذي تم في مجال الخدمات الطبية والصحية . فمع هذا التقدم في مجال الرعاية الصحية ، برزت الأمراض السرطانية وخاصة في السن المتأخرة ، وذلك نتيجة للتعرض للمسببات السرطانية في أثناء السنوات المتعددة من عمر الإنسان .

ولا شك بأن مرض السرطان يعد من الأمراض التي تصيب مختلف المراحل العمرية دون استثناء ، ويصيب أيضاً جميع الأجناس دون تمييز بين الذكور أو الإناث ودون وجود أي نسيج أو خلية داخل جسم الإنسان محصنة من الإصابة بهذا المرض ، فهو من أشد الأمراض فتكاً بالإنسان إلى درجة أن الكثير من الناس يحاول الابتعاد عن استخدام اللفظ (سرطان) بشكل مباشر محاولاً استخدام لفظ آخر أو استخدام بعض التعبيرات الأخرى مثل «ورم» أو «المرض سيئ الذكر» وغيره من المفردات التي يلجأ إليها الأفراد خوفاً من النطق بهذا اللفظ نفسه وما يحمله من معاني مؤلمة (سعيد الحفار ، 1990) .

فالسرطان مرض عصري ينشأ نتيجة لتكاثر شاذ في الخلايا الإنسانية ، ولسنا في هذا الموقع نحدد ما هي الميكانيكية الطبية التي من خلالها تنتشر هذه الخلايا بشكل سريع في الجسم الإنساني ، ولكن من الواجب تحديد أبرز العوامل البيئية

والاجتماعية والنفسية التي تعتبر من القضايا المرتبطة بحدوث حالات السرطان وانتشاره في المجتمعات الإنسانية وخاصة تلك المجتمعات الحديثة التي تمر بعمليات تغير اجتماعي ثقافي سريع وعمليات تحديث . فالأمراض السرطانية بجميع أنواعها المتعددة والتي تتجاوز المائة نوع كما سبقت الإشارة لها أبعاد بيئية ووراثية بشكل مباشر . ولعل من المناسب هنا تحديد هذه العوامل والإشارة إلى عمليات التغير الاجتماعي والثقافي والتحديث في إحداث وانتشار هذه الأمراض بشكلها ملفت للنظر في الوقت الراهن . فلابد من الإشارة هنا إلى نقطة مهمة وهي أن انتشار هذا المرض بجميع أشكاله في الوقت المعاصر يزداد وينتشر في المجتمعات غير التقليدية ، بينما تنخفض الأعداد في المجتمعات التقليدية والزراعية والريفية .

السرطان وعلاقته بالعوامل البيئية والاجتماعية والنفسية :

إن أسباب الإصابة بالسرطان لا زالت مبهمة وغامضة ، فالميكانيكية التي تسبب حدوث الخلل في الخلايا وتجعل هذه الخلايا خلايا خبيثة لا زالت غير واضحة وغير معروفة . فيشير سعيد الحفار (1990) إلى أن البيئة تعتبر واحدة من أبرز العوامل المسببة للسرطان ، حيث يؤكد الباحثون أن البيئة تلعب دوراً مهماً بنسبة تصل من ٧٥ إلى ٩٠٪ من احداث جميع أشكال أمراض السرطان في العالم ، ولذلك ظهر فرع من فروع المعرفة سمي بعلم السرطان البيئي (ص ١٥) . ولقد أشار عدد من الباحثين أيضاً مثل ماير Mayer كيرنز Cairns إلى نسبة تأثير عوامل البيئة (أنظر : Molnar, 92) . ولعل أحد العوامل المؤدية إلى إحداث بعض أنواع من السرطانات هي الاشعاعات باختلاف أنواعها وأشكالها .

وقد افترض أميس أن يكون السبب الذي يؤدي إلى أن تكون هذه الخلايا سرطانية هو حدوث طفرة داخل خلايا DNA . فهذا أحد الاحتمالات التي يمكن أن تفسر حدوث هذه الطفرات داخل الجسم ، ولعله من المعروف أن هناك بعض التأثيرات التي يمكن أن يحدثها الاشعاع الآيوني أو الشعاع نووي ، أو الإشعاعات كونية . كما أن الشخص الذي يتعرض إلى تجربة ذرية (بمعدل مرتين إلى ثلاثة) يمكن أن يصاب بسرطان الدم Leukemia ، وكذلك الأشعة فوق البنفسجية التي يكتسبها الإنسان من الشمس قد تكون أحد أسباب سرطان الجلد ، وخاصة لدى الأشخاص الذين يتميزون ببشرة بيضاء ، وفي الغالب يظهر على ظهر اليد على أجزاء من الوجه . ولعل الأشخاص الذين يعملون تحت أشعة الشمس وفي أماكن خارجية هم أكثر الناس عرضه للإصابة بهذا النوع من المرض (Molnar, 1992) .

ومن الواضح وجود تأثير كبير لأشعة الشمس التي تؤثر على البشرة ذات اللون الفاتح أكثر من البشرة ذات اللون الداكن ، حيث تحتوي البشرة ذات اللون الداكن على مادة تسمى بصبغة الميلانين Melanin ، والتي تكون وسيلة مساعدة للوقاية من الإصابة لهذا المرض ، ولمنع أشعة الشمس من اختراق طبقات الجلد (عبد الفتاح عطا الله ، د .ت) . فقد أشار عدد كبير من الدراسات إلى ارتباط الشمس باحداث أنواع متعددة من السرطانات ، وخاصة هذا النوع من السرطان (انظر : Westerdahl et. al., 1995; 2000; Weinstock, 1999; Naldi, 2000) .

ولذلك ، فإن هذا النوع من السرطانات ينتشر بين سكان السلالة القوقازية ، والذين يعيشون في المناطق الاستوائية الحارة ، وهو موجود ومنتشر أيضاً في منطقة الجنوب الغربي من الولايات المتحدة بين البيض دون السود . وقد يكون هذا

النوع من السرطانات منتشراً ومرتبطاً بسبب ممارسة بعض الأنشطة الترفيهية التي يزاولها البعض ، والتي تبقي الإنسان معرضاً لأشعة الشمس لوقت طويل ، أو نتيجة لامتهان بعض الأعمال والمهن كما يحدث للعاملين في مجال الفلاحة ، أو العمال اليدويين الذين يعملون في العراء (سعيد الحفار ، 1990) . فهناك بعض الأعمال سبق الإشارة إليها ترتبط ببعض أنواع السرطانات . فالعمل المهني المرتبط بالتعرض للمواد الكيماوية المسرطنة وفيها الصناعات البتروكيماوية ، وإنتاج الأصباغ وبعض الصناعات الثقيلة وصناعة السيارات والنسيج ودباغة الجلود (عبد الباسط محيمل ، 1999) .

فالمجتمعات الحديثة بدأت تتعرض إلى تأثيرات بيئية متعددة ذلك نتيجة طبيعية لازدياد الاستغلال البيئي . فقد أسهم هذا الاستخدام- على الرغم من فوائده الجمة- في مجال التصنيع والتنمية إلى إحداث إشكاليات صحية مرضية فبرزت مصادر للتلوث أحدثت أنواعا متعددة من السرطانات .

ويشير ميشيل كرم (1980) إلى أهم مصادر تلوث البيئة بالمادة الكيمائية المولدة للسرطان والتي تتمثل بالتالي :-

١- المعامل التي تنتج وسائل التدفئة المركزية .

٢- إفرازات بقايا المواد الصناعية من المعامل والمصانع في الأجواء والأنهار والمجاري .

٣- إفرازات محركات السيارات في الطرق والطائرات والبواخر في الأنهار والبحار .

فالبيئة وتلوثها ترتبط ارتباطاً واضحاً بالتكنولوجيا الحديثة . فهناك على سبيل

المثال الفحم الهيدروجيني المعطر ، الذي ينشأ من غازات المصانع ومحطات وسائل التدفئة وعوادم السيارات والطائرات ، وهناك مادة القيروزين الموجودة في التربة الملوثة تمتصها بكثرة نباتات الخضار ودوار الشمس وغير ذلك من المواد المسرطنة (سعيد الحفار ، 1990) . فهناك قائمة من المواد الكيمائية العضوية مثل ألياف الاستنوس ترتبط وتسبب بعض أنوع السرطان مثل سرطان الرئة ، وسرطان الكبد ، وسرطان المثانة . وهي تحدث غالباً للعمال الذين يتعرضون إلى هذا النوع من المواد (Molnar, 1992) .

ولعل أحد أبرز أنواع السرطانات التي لها ارتباط مباشر مع التلوث والملوثات الكيمائية تتمثل في سرطان الرئة . فسرطان الرئة يتأثر بالعوامل البيئية والإفرازات العامة من المصانع والملوثات الأخرى . ولقد أوضحت العديد من الدراسات ارتباط هذا النوع من السرطانات بالجو الملوث قي مجتمعات متعددة في العالم الحديث (انظر على سبيل المثال Petrauskaite et. al., 2001; Pop et. al., 2002; Hoek et. al., 2001) .

ولا يقتصر أمر التلوث على إحداث حالات السرطان في الرئة في المجتمعات السكانية المتعددة بل يتعداها إلى أنواع أخرى متعددة من حالات السرطان ، والتي لها ارتباط مع الملوثات مثل سرطان عنق الرحم عند النساء نتيجة حروق الأخشاب عند عملية الطهي ((Velama et. al., 2002 ، وسرطان الثدي (Debruin and Josephy, 2002) وحتى سرطان الدم (Tukiendorf, 2001) .

فالملوثات البيئية أثرت بشكل كبير في حدوث أمراض سرطانية متعددة في

المجتمع المعاصر . فعدم وجود مثل هذه الملوثات في بعض المجتمعات الإنسانية الأخرى ويقلل من نسبة الإصابة ببعض أنواع السرطانات المرتبطة بهذه الملوثات . فخلو بعض المجتمعات الإنسانية من هذه الملوثات يرتبط بخلوها أيضاً من وجود مثل هذا النوع من الإصابات ، والتي تعتبر في النهاية من العوامل البيئية المختلفة من مجتمع لآخر .

ولعل الكحول والتدخين أيضاً يعدان من العوامل البيئية والعوامل السلوكية التي ترتبط وتؤدي إلى الإصابة ببعض من أنواع الأمراض السرطانية . ويشير سعيد الحفار (1990) في هذا الجانب إلى المفرطين في تعاطي المسكرات بأنهم في الأصل مفرطون في التدخين أيضاً . فهما عادتان سلوكيتان مرتبطتان وارتبطتا أيضاً ببعض من أنواع السرطانات مثل سرطان الفم وسرطان المريء وسرطان الرئة وسرطان الكبد .

فهناك علاقة أيضاً بين تناول الكحوليات وبين سرطان الجلد وسرطان الفم ، وكذلك بين سرطان الرئة والتدخين . ولعل من أكثر الأمراض السرطانية المميتة ، والتي تشكل النصف تقريباً من حالات الوفاة هو سرطان الرئة ، وسرطان الأمعاء الغليظة ، وسرطان الثدي . فسرطان الرئة والذي يسمى بمرض القرن العشرين يرتبط- كما سبقت بالإشارة - بالتدخين . ويعتبر احتمال حدوثه ٥٠ مرة أكثر عند المدخنين عنه عند غير المدخنين . وكثير من المتخصصين في الشئون الصحية يرون أنه إذا ما تم القضاء على التدخين نهائياً فإن نسبة الإصابة بهذا المرض سوف تنخفض بشكل كبير على الرغم من أن هناك تأثيراً كبيراً خاصاً بالتلوث الخارجي في إحداث هذا النوع من المرض . وهناك إشارات ودلائل تؤكد أن المرأة بدأت تزداد

معدلات الإصابة الخاصة بها بعد أن بدأت تمارس التدخين في كثير من المجتمعات المتحضرة والتي تشكل نسبة ارتفاعها أكثر من الرجال . وقد انتشرت ظاهرة تدخين النساء حتى في مجتمعات دول العالم الثالث (Molnar, 1992) .

ولعل سرطان الفم والبلعوم يعتبران أحد أكثر أنواع السرطانات انتشاراً في الهند ، وذلك نظراً لتأصل عادة مضغ التبغ الممزوج بجوز الطيب والتي تعتبر عادة من العادات القائمة منذ آلاف السنين . ولعل من أكثر الفئات استخداماً لهذه العادة هم الفقراء وذلك لكونها تسبب فقدان الشهية الذي يوفر من خلاله ثمن الطعام . إضافة إلى ذلك ، فإن سرطان الفم والبلعوم منتشرة في الهند وذلك لانتشار عادة تدخين السيجارة بالمقلوب (سعيد الحفار ، 1990) .

ومن الممارسات الثقافية المختلفة في المجتمعات الإنسانية والتي ارتبطت بحدوث أمراض السرطان الخاصة بتناول الكحوليات كما يقول ميشيل كرم (1980) هي تلك الممارسة الموجودة في جنوب أفريقيا عند قبيلة تدعى «البانتو» ، والتي تستهلك وتشرب كميات كبيرة من الكحول ذات الصنع المحلي ، والتي تصل درجه الكحول فيها إلى ٩٨٪ ، والتي تسبب الإصابة بسرطان المريء بنسبة مرتفعة بين أفراد هذه القبيلة وذلك للتأثير المباشر لهذا المشروب الشعبي على طبقات المرئ السطحية .

فالتدخين والكحوليات هي من العوامل البيئية التي ترتبط بسلوك الإنسان ، والتي لها علاقة مباشرة ببعض أنواع السرطانات . فسرطان الرئة على سبيل المثال ، وكما سبقت الإشارة ، علاقة بالتدخين ، فهو مرض نادر عند غير المدخنين ، نسبة الإصابة تزداد بازدياد السجائر المستهلكة وازدياد مدة التدخين وتقل عند الإقلاع عن

التدخين وكذلك الحال بالنسبة للسرطانات المرتبطة بالكحوليات وتعاطيها .

إضافة إلى ذلك هناك مجموعة من العوامل ترتبط مع حدوث الأمراض الخبيثة . فهناك علاقة مباشرة وقوية وجدت بين أنواع محددة من الغذاء والسرطان وخاصة سرطان المعدة ، وسرطان القولون . فالعادات الغذائية تعتبر أيضاً عنصراً آخر يمكن أن يلعب دوراً في إحداث بعض من أنواع السرطان . فالغذاء الذي يشتمل على كميات كبيرة من اللحوم والدهون وكميات قليلة من الحبوب يظهر ارتباطه الكبير مع السرطان في أنواع متعددة . ولعل من أهم العوامل ذات الدلالة والارتباط الواضح هو الغذاء الذي يحتوي على كميات قليلة من الألياف ، وكميات كبيرة من اللحوم ، والدهون ، والكربوهيدرات . ولعل سرطان القولون هو أكثر استجابة لنوعية الأغذية وتتفاوت نسبة حدوثه في الأقطار المتعددة . إلا أنه ارتبط مع كثير من الدول الغنية التي تستطيع توفير نوعية معينة من الغذاء (Molnar, 1992) . فالحصول على كميات كبيرة من الأطعمة لا يعد مشكلة ، وكذلك الحال بالنسبة للحصول على بعض المواد الغذائية التي ترتفع فيها التكلفة الإجمالية للحصول عليها . فهي مسألة بسيطة وميسرة للحصول عليها وتناولها وذلك مثل اللحوم بأنواعها المختلفة . إضافة إلى ذلك سهولة وبساطة الحصول على الوجبات الغنية من المواد الدهنية والكربوهيدراتية من المطاعم والأماكن المستوردة . فالثروة تلعب دوراً بارزاً في سهولة تناول مثل هذه الأطعمة .

ولعل من أكثر أنواع السرطان حدوثاً بين النساء هو سرطان الثدي . وهو مشابه لسرطان القولون الذي ينتشر بين الرجال والذي يعتبر أكثر حدوثا بينهم . فالنساء اللائي يعانين من نقص في الغذاء النقي الصافي الأخضر هن الأكثر تعرضاً لسرطان

الثدي . ولعل العامل البيئي المتمثل في الغذاء وتغيره له الأثر الكبير على ذلك ، وهذا ما تمت ملاحظته ودراسته بين النساء اليابانيات اللاتي هاجرن إلى الولايات في هاواي . وفي حدود جيلين فقط ، وصلت نسبة الإصابة بسرطان الثدي بينهم قريبة من نسبة الإصابة بين السكان الأصليين والتي تعادل ٨٠ حالة لكل ١٠٠ ألف حالة ، بينما كانت في موطنهم الأصلي ١١ حالة فقط لكل ١٠٠ ألف حالة في موطنهم الأصلي (Molnar, 1992) .

ولقد أشار رئيس المؤسسة الصحية الأمريكية إلى أن الأدلة تشير إلى أن الغذاء يرتبط بنسبة ٥٠٪ بكل أنواع السرطانات لدى السيدات ، وتلث أنواع السرطانات عند الرجال (سعيد الحفار ، 1990) . ويحدد أيضاً الحفار الأوجه المتعددة التي تعتبر من الأمور الرابطة والمتعلقة بين الغذاء والسرطان في التالي : الإضافات الكيمائية للطعام ، ودرجة طهي الطعام ، ودور الدهون في الغذاء ؛ لأن الغذاء الغني بالدهون يغير تركيب البكتريا ويسبب نقصاً أو زيادة في العناصر النادرة والفيتامينات . فيشير الحفار إلى أمثلة في ذلك ترتبط مثلاً بسرطان الجلد ، حيث أوضح أن سرطان الجلد على سبيل المثال ينتشر بين سكان الأرجنتين ، حيث يتناول جزء كبير منهم الماء المحتوي على نسبة عالية من الزرنيخ . أما في سويسرا ونتيجة لنقص اليود في ماء الشرب ، فيلاحظ زيادة نسبة الإصابة بمرض سرطان الغدة الدرقية ، والتي تبلغ نسبتها عشرة أضعاف المعدل في الولايات المتحدة (ص ٤٧٠) .

فتوجد ارتباطات متعددة بين تناول الغذاء وبعض أنواع من السرطانات . فهناك ارتباط على سبيل المثال بين سرطان الثدي والوجبات الدهنية العالية (عبدالفتاح عطا الله ، د .ت) ، وبين سرطان المعدة واستهلاك مقادير عالية من

اللحوم والأسماك المعلبة والحاوية على مواد حافظة ، وبين سرطان البنكرياس والإفراط في شرب القهوة ، وسرطان المثانة باستهلاك السكارين . إضافة إلى أن هناك زيادة في معدلات الإصابة بسرطان القولون بين السكان في أسكتلندا والدنمارك ، لقلة الألياف وزيادة الطعام الغني بالدهون (ناصر عوض ، 1993) . وتشير الدراسات أيضاً إلى أن تناول كميات كبيرة من اللحم يؤثر على ارتفاع نسبة الإصابة بسرطان الثدي عند النساء . فقد أوضحت دراسة في بريطانيا أن ١٢ ألف امرأة في بريطانيا يموتون سنوياً ، ونسبة كبيرة من القسم الغربي في أوربا وأستراليا ونيوزلند والولايات المتحدة وكندا ، يموتون لأنهم يستعملون في هذه البلدان اللحوم والشحوم بكثرة مقارنة بمناطق جنوب شرق آسيا وأمريكا اللاتينية (ميشيل كرم ، 1980) .

ولا شك أن تناول الفواكه والخضراوات يقي من كثير من الأعراض السرطانية كما سبقت الإشارة . فقد أوضحت الدراسات ارتباط تناول الفواكه والخضروات بتخفيض نسبة الإصابة بالعديد من الأمراض السرطانية مثل سرطان الرئة ، وسرطان القولون ، وسرطان الثدي(;Willett, 1996; 1994; 1997; 2000 Goodwin and Brodwick, 1995; Lee, 1993; Ziegler, 1989; Havas, 1997; Knekt et. al., 1997; Potiscman et. al., 1999; Bxers et. al., 1987) .

وهناك أعراض بيئية أخرى متعددة ترتبط ببعض المعتقدات والطقوس التي قد يمارسها بعض الأفراد . فيشير سعيد الحفار على سبيل المثال إلى أن سرطان الجلد يعتبر من أنواع السرطانات المنتشرة بين سكان كشمير ، حيث يقوم الأهالي باستخدام إناء به فحم موقد ويقوم بربطه حول البطن لكي يمدهم بالدفء . ويعتبر

هذا النوع من أنواع السرطان غير معروف بين الأجناس البشرية الأخرى مما يدل على أن السبب يرجع إلى استخدام هذه الطريقة الغريبة لاستجلاب الدفء . إضافة إلى ذلك ، فقد أشار إلى أن هناك عدداً من الدراسات التي تؤكد دور النظافة العامة للمجتمع وارتباطها مع انتشار سرطان الرحم على سبيل المثال (ص ٤٦ ، ٤٧) . إضافة إلى ذلك ، فإن سرطان الثدي على سبيل المثال من الممكن أن يحدث بصورة أكبر في بعض الأماكن وفي بعض الثقافات نتيجة لممارسات ثقافية مختلفة . فيكثر حدوثه بين المهاجرات اليابانيات والمكسيكيات ، وهو يرتبط بعلاقة وثيقة مع عدد مرات الولادة ، ويقل عند النساء اللاتي يرضعن أطفالهن من ثديهن عنه من اللاتي يستعملن الألبان الصناعية أو ما يسمى بطريقة الرضاعة الصناعية . فقد أشار عدد من الدراسات إلى تأثير الرضاعة الطبيعية من حيث هي حماية من سرطان الثدي (انظر على سبيل المثال Sakai, 2001) .

وبشكل عام هذه مجموعة من العوامل التي تعتبر من تأثيرات البيئة والثقافة الإنسانية وتعتبر من محددات حدوث حالات السرطان وانتشارها في ثقافات اجتماعية متعددة . ولعل قضية التغير الاجتماعي والثقافي وعمليات التحديث ارتبطت ببعض من هذه المحددات وشكلت عاملاً مهماً في حدوثها وانتشارها . مثل تلك العوامل والمحددات المرتبطة بالتغذية والتغير الذي طرأ عليها ، أو تلك العوامل المرتبطة بالتلوث بتأثير المواد الكيمائية ، ووجود المصانع المتعددة . إضافة إلى أن طبيعة العمل قد اختلفت في هذه المجتمعات . فهذه بعض المؤثرات التي طرحت بشكل كبير على أنها من أبرز عوامل التغير الاجتماعي والثقافي والتحديث التي لعبت دوراً في إحداث إصابات وانتشار للسرطان داخل بعض المجتمعات والثقافات . ولعل

هناك بعض العوامل المتغيرات الاجتماعية والثقافية والنفسية الأخرى التي تلعب دوراً من حيث كونها محددات أساسية في حدوث حالات السرطان وانتشارها .

جدول (١١) المتغيرات الاجتماعية والثقافية والنفسية المحددة لحدوث حالات السرطان

العوامل	النسبة
التدخين	٣٠٪
الكحول	٣٪
(عوامل غذائية) الحمية الغذائية	٣٥٪
الإضافات للطعام	أقل من ١٪
التصرفات الجنسية (زيادة فى النشاطات الجنسية)	١٪
أمور مشابهة للهرمونات كالمولدات التناسلية	قد تصل حتى ٦٪
الأخطار المهنية	٤٪
التلوث	٢٪
منتجات صناعية	أقل من ١٪
أدوية وطرق طبية متبعة	١٪
عوامل فيزيائية جغرافية (أكثرها طبيعية في خلفياتها كالإشعاعات والشمس)	٣٪
إنتانات	١٠٪

(المصدر : عبدالعزيز مصطفى الخالد ، ١٩٩٦ ؛ ص :٢٧٦)

جدول (١٢) بعض المكونات الغذائية وعلاقتها بالسرطان

الإفراط في التغذية وعلاقته بالسرطان	
– الدهون :	سرطان القولون / الثدي / البنكرياس / البروستاتا .
– البروتين :	سرطان المثانة / الكلى .
– الكحول :	سرطان الجزء العلوي من القناة الهضمية والكبد .
– الصوديوم :	سرطان المعدة .

(المصدر : فوزية عبدالله العوضي، ١٩٩٦ ؛ ص : ٧٨٥)

العوامل الاجتماعية والنفسية المؤثرة والمرتبطة بحدوث حالات السرطان :

هناك بعض المتغيرات الاجتماعية والنفسية ذات ارتباط مباشر بحدوث وانتشار حالات السرطان بأنواعه المختلفة في المجتمعات الإنسانية ، ولقد أشارت العديد من الدراسات التي حاولت أن تربط هذه المتغيرات الاجتماعية ببعض من أنواع السرطانات . فبالنظر إلى بعض المتغيرات الاجتماعية ، فهناك ارتباطات جوهرية وجدت بين حدوث أنواع معينة من السرطانات وبين بعض المتغيرات مثل التركيب النوعي . وهناك ارتباط أيضاً بمتغير العمر ، والطبقة الاجتماعية ، والعامل التعليمي .

ولقد لخصت وسام العثمان (1996) هذه المتغيرات الاجتماعية بالتركيب النوعي والتركيب العمري ، والطبقة الاجتماعية ، وتأثير التعليم والمهنة ، والسلوك الإدماني وبعض العادات الاجتماعية ، وتوضيح دور زواج الأقارب . ففيما يتعلق بالتركيب العمري (السن) أشارت الباحثة إلى أنه تكثر الإصابة بهذا المرض بعد سن ٦٥ عام ، ونادراً ما يصاب الأطفال بالسرطان عدا بعض الأنواع مثل سرطان الدم الفطام . فهو إذن مرض من أمراض الشيخوخة الذي ينتشر عند هذه الفئة . ولقد أشارت أيضاً إلى أن هناك ارتباطاً بين الفئة العمرية وبعض الأنواع . فسرطان ما يسمى «هود جكنز Hodgkin's disease» شائع في سن ٢٠-٤٠ عاماً ، وسرطان الرئة من السرطانات التي تحدث في فترة متأخرة ، وسرطان الثدي يحدث بكثرة بين سن ٤٥-٥٥ عند النساء يقل كلما تقدم العمر عند النساء . وقد ردت أسباب انتشار حالات السرطان عند فئات العمر المتقدم نتيجة للتأثير التراكمي الذي يظهر بعد مدة طويلة ، والتي يزداد من خلالها تعرض الفرد للوفاة بسبب السرطان .

فالعمر أحد المحددات الأساسية بالنسبة لحدوث مثل هذه الإصابات . ولعل الأفراد الذين يبلغون من العمر ٦٠ عاماً من أكثر الفئات عرضة للإصابة بهذا المرض ، ومع زيادة عمر الذين يعيشون ويتعدون الثمانينات فإن ، الفرصة تكون أكبر للإصابة بالأمراض السرطانية . وقد يكون السبب هو أن المسن يتعرض إلى درجة أكبر من مسببات السرطان Carcinogenic . ومسببات السرطان ممكن أن تظهر بعد عشرين إلى أربعين سنة بعد التعرض . وأخيراً ، قد تحمل بعض البيئات الخاصة بالعمل مسببات السرطان ولكن الأمراض والأورام السرطانية يمكن أن لا تظهر حتى سنوات متأخرة (Molnar, 1992) .

أما فيما يتعلق بالتركيب النوعي (الجنسي) فإنه أيضاً مرتبط بحالات الإصابة بالسرطان التي تكثر عند الرجال عنها عند النساء بصفة عامة إلا في بعض المجتمعات ، وذلك لازدياد حالات الإصابة بمرض سرطان الثدي عند النساء ، وذلك نتيجة لبعض من الاعتبارات (وسام العثمان ، 1996) .

إن الذكور والإناث بشكل عام يعانون من المشكلات الصحية نفسها ، ولكن تردد أو تكرار بعض الأنواع من المشكلات المحددة ، أو سرعة انتشار بعض منها عند فئة دون الأخرى هو الأمر المختلف ، إذا ما تم الأخذ بعين الاعتبار الاختلافات الفسيولوجية أو الفيزيقية المميزة لكل جنس . تلعب العوامل الاجتماعية والثقافية دوراً مهماً في فصل الذكور عن الإناث في المستويات الصحية . فعلى سبيل المثال دور المرأة داخل المجتمع ، والعمر الافتراضي للمرأة والذي يعتبر أكبر من الرجل ، والمشاركات الدينية ، الحياة العائلية ، أو الدعم الاجتماعي . جميعها تعتبر أبعاداً ثقافية تجعل هناك اختلافا في تكرار وسرعة انتشار الأمراض (Dhar, 2001) .

والسرطان كذلك يختلف وضعه نتيجة لاختلافات من هذه الأبعاد عند المرأة والرجل في المستوى الثقافي .

فقد أظهرت كثير من الدراسات الاختلافات بين الجنسين في نوع السرطان . وفي النظر إلى الإحصاءات الخاصة بمركز حسين مكي جمعة للسرطان في الكويت على أنه أحد الأمثلة ، نجد أن نوعية السرطان المنتشر عند الكويتيين لعام ١٩٩٨ مختلفة بين الجنسين . فالجدول رقم (١٣) يوضح لنا الأرقام والنسب للانتشار بين الذكور والإناث لأكثر من عشرة أنواع هي الأكثر انتشاراً .

جدول (١٣) يوضع عدد ونسب العشر حالات من السرطان في الكويت

لسنة ١٩٩٨ (المجموع ١١٠٤ حالة)

التركيب بالتكرار	ذكور			إناث		
	نوع السرطان حسب الموقع	المجموع	٪	نوع السرطان حسب الموقع	المجموع	٪
١	الرئة	٢٩	٢,٦	الثدي	٨٩	٨,١
٢	الغدة اللمفاوية	٢٦	٢,٣	الرحم	٢٦	٢,٣
٣	القولون	٢٠	١,٩	العظام	١٧	١,٦
٤	البروستاتا	٢٠	١,٩	الغدة الدرقية	١٤	١,٦
٥	الكبد	١٧	١,٥	الغدة اللمفاوية	١٣	١,٢
٦	المستقيم (الشرج)	١٢	١,١	المبيض	١١	١,٠
٧	الفطام	١١	١,٠	القولون	٩	٠,٨
٨	الحنجرة	٧	٠,٦	المعدة	٦	٠,٥
٩	الكلي	٧	٠,٦	المستقيم (الشرج)	٥	٠,٥
١٠	المثانة	٧	٠,٦	الجلد	٤	٠,٤

(المصدر : إحصائيات مركز حسين مكي جمعة)

فالجدول يوضح لنا قضية مهمة تكشف لنا جوانب الاختلاف في النوع بين الذكور والإناث في الإصابة بالمرض السرطاني في المجتمع الكويتي ، فبينما يعتبر سرطان الرئة هو العامل الأول بين أنواع السرطانات في الكويت بين مجتمع الرجال ، نجد أن هذا النوع من المرض غير موجود ضمن العشرة الأكثر انتشاراً عند النساء في هذا المجتمع . ولكن يمثل سرطان الثدي المركز الأول من حيث إنه الأكثر انتشاراً ، والذي وصل إلى حدوث ٨٩ حالة (١ ,٨٪) إصابة بهذا النوع من السرطان عند الإناث . وهي الأعلى على الإطلاق بين المجتمعين الذكوري والأنثوي في المجتمع المحلي . إضافة إلى ذلك فهناك بعض أنواع من السرطانات موجودة بين الرجال وغير موجودة عند النساء ، ومن أخطر عشر حالات إصابة بين الرجال سرطان البروستات ، سرطان الكبد ، وسرطان الكلي ، وسرطان الحنجرة . وأما الإناث ، ونتيجة للاختلاف الفسيولوجي الفيزيقي بينها وبين الرجال ، فإن هناك أنواعاً من السرطان تظهر لديها مثل سرطان الرحم والثدي وسرطان المبيض . فهي جوانب فيزيقية خاصة بالإناث ، وتنتشر بينهن .

إن هناك حاجة لتحديد تكرار هذه الأمراض على مدى سنوات متعددة لمعرفة نتائج أدق واستخلاص أرقام تحدد بشكل مباشر أهم وأبرز الأمراض السرطانية التي تصيب الجنسين ، إضافة إلى ذلك ، فهناك حاجة أيضاً لتحديد أوجه الثقافات المختلفة الموجودة داخل هذا المجتمع ورصد هذه الأنواع وتوضيح مدى التشابه والاختلاف بينها وبين المجتمع الأصلي . حيث إن النسب الموضحة في هذا الجدول توضح مدى انتشار حالات السرطان عند كافة سكان الكويت من الكويتيين وغيرهم الذين يعيشون في المجتمع المحلي . ولكنها توضح بشكل عام مدى

الاختلاف النوعي في حالات الإصابة بمرض السرطان عند الجنسين .

وهناك جانب آخر تناولته وسام العثمان (1996) في دراستها عن العوامل الاجتماعية الفردية للإصابة بمرض السرطان هو ذلك المرتبط بالطبقة الاجتماعية . فقد أوضحت كثير من الدراسات العلاقة الوثيقة بين المستوى الاجتماعي للشخص وبين إصابته بمرض السرطان بأنواعه المتعددة . فقد أشارت إلى أن المجتمع الإيراني على سبيل المثال تنتشر فيه نسبة الإصابة بسرطان الثدي بمعدل ١١٪ في الأوساط الفقيرة مقابل ٢٧٪ في الأوساط والطبقات الاجتماعية الغنية . وتبلغ نسبة سرطان الجلد ٣٢٪ في الأوساط الفقيرة مقابل ١٧٪ في الأوساط الغنية . إضافة إلى أن الفرنسيين الذين ينتمون إلى الطبقات العليا يصابون بسرطان المعدة بدرجة أكبر من غيرهم وذلك بسبب إدمان هذه الطبقة على الكحوليات والتبغ .

وقد ربط أيضاً فورويبف وزملاؤه .Vorobiof et. al (2001) انتشار سرطان الثدي واختلافه بين المجموعات السكانية المختلفة الموجودة في جنوب أفريقيا . فهناك اختلاف بين الطبقات الاجتماعية أيضاً بين السود والبيض في درجة الإصابة . وفي عملية ربط الطبقة الاجتماعية بالعرف أيضاً ، فقد أشارت العثمان أن هناك بعض الدراسات أوضحت العلاقة أن السيدات السُّود اللاتي يصبن بالسرطان يتميزن بمعدلات منخفضة في البقاء مقارنة بالسيدات البيض وذلك لانتماء الأولى إلى طبقات فقيرة وظروفها البيئية المحيطة (ص ٣١٢-٣١٤) . ولقد أشارت الباحثة أيضاً إلى الانتماء الطبقي وعلاقته بالانتماء القبلي في المجتمع القطري . حيث إن الأصل القبلي يعتبر في المرتبة الأولى في التركيب الطبقي للمجتمع القطري . فقد وصلت نتائج إحدى الدراسات إلى أن نسبة المصابين الذين ينتمون إلى أصول قبلية ٧٧٪ من

جملة الفئات الأخرى .

فهناك عملية ربط مباشرة وواضحة حدثت بين العرق والطبقة الاجتماعية ، وبين الطبقة الاجتماعية والانتماء القبلي ، والتي من الممكن أن تكون مسهمة في الإصابة بهذا المرض . فالثقافات الإنسانية باختلاف مجتمعاتها وتعددها تشمل في إطارها عددا من الجماعات العرقيةِ المتعددة والمختلفة ، وهذه الجماعات العرقية تتميز بوضع طبقي مميز ، وهناك في بعض المجتمعات توضح بعض العراقيل الاجتماعية أمام عملية الحراك الاجتماعي . كما أن الأعراض الصحية من الممكن أن تكون مرتبطة الوضع الطبقي والوضع العرقي في آن واحد وكذلك الحال بالنسبة للانتماء القبلي ، حيث إن القبيلة تعتبر محكاً أساسياً في وضع الفرد الاجتماعي داخل مجتمعه وخارجه في المجتمعات القبلية ومجتمعات الخليج العربي . وإن كان هناك حاجة إلى دراسة هذا الوضع من جوانبه المختلفة ، فإن المؤشرات تدل على الارتباط القبلي بالوضع الاجتماعي في هذه المجتمعات .

وقد أشارت العثمان (1996) أيضاً إلى أن التعليم ذو ارتباط بانتشار حالات السرطان . فتشير إلى أن الأشخاص المتعلمين أو المثقفين أكثر وعياً وإدراكا للعوامل التي تساعد على الإصابة بالسرطان والعلاقات الدالة عليه . فهم أكثر وعياً لمخاطر المرض . والفئات غير المتعلمة من الممكن أن يكشفوا عن مرضهم في مراحل متأخرة ، وذلك نظرا لقلة الوعي والتعليم . إضافة إلى ذلك ، فإن هناك أنواعاً معينة من السرطانات من الممكن أن تصيب فئة من المتعلمين تختلف عن الأنواع التي يمكن أن تصيب غير المتعلمين ، مثل سرطان القولون والثدي والرحم الذي يعتبر أكثر انتشارا بين السيدات ذوات المستوى التعليمي العالي كما هو الحال في المجتمع

الفنلندي (ص ٣١٤-٣١٩) .

لا شك أن الوضع التعليمي قد يرتبط بدرجة كبيرة بعامل الطبقة الاجتماعية الذي تم الحديث عنه سابقاً . فالعامل التعليمي هو أحد أهم عوامل الحراك الاجتماعي الذي ينقل الأفراد من طبقة لطبقة أخرى في كثير من المجتمعات المتقدمة . وهو عنصر ثابت أيضاً في بعض المجتمعات بمعنى أن أصحاب التعليم العالي هم أصحاب الخطر في التعليم ، وهم أصحاب الطبقة الاجتماعية العليا ، ومن ثمّ فإن عملية التعرض للأمراض بشتى أنواعها تتوافق مع المستوى التعليمي والطبقة الاجتماعية .

ومن الجوانب الوراثية ذات الارتباط بالعوامل الاجتماعية هو ما يتعلق بالزواج بين الأقرباء . فقد أوضحت العديد من الدراسات بحسب زعم وسام العثمان (1996) أن الجانب الوراثي له دور كبير في الإصابة بالسرطان ، حيث إنه ينتشر في أسر معينة في بعض المجتمعات وبشكل لافت للنظر . فقد أوضحت دراسة هاريس Harris (1992) أن إصابة الأم أو الأخت بسرطان الثدي على سبيل المثال في مراحل سنية صغيرة ، يعتبر مؤشراً مهماً وقوياً لإمكانية إصابة باقي أفراد الأسرة بهذا المرض . وفي دراسة للمجتمع القطري أوضحت أن هناك عائلات معينة تشتهر بانتشار هذا المرض ، حيث أوضحت نتائج الدراسة إلى أن ٢٠ فرداً من أفراد أسرة أو عائلة معينة في هذا المجتمع أصابهم المرض ، والذي سجل نسبة ١٧٪ من مجموع الحالات المسجلة ، وأكثرها هي سرطان الدم وسرطان الغدد اللمفاوية (ص ٣٣٧-٣٤١) .

هذا بالإضافة إلى أن بعض الدراسات الوراثية أشارت إلى نوع من ارتباط المورثات الجينية بالإصابة بالأمراض السرطانية (Yonemitsu et. al., 1988; Kata et. al., 1985; Phillips et. al., 1975) .

وعلى الرغم من أنه لا توجد تأكيدات مطلقة عن لعب العوامل الوراثية في إحداث حالات السرطان ، فإن ذلك لا يمنع وجود العلاقة الارتباطية التي أوضحتها بعض الدراسات . فالزواج ضمن نطاق الأسرة أو العائلة الواحدة لا شك أنه يحمل معه تشابهاً في الجينات داخل هذه المجموعة . فإن وجد أي خلل جيني في تركيب الخلايا أو ضعف فإنه بالضرورة سوف يتوارث وينتقل من جيل إلى جيل ، ومن ثمّ يحدث أمراضاً متعددة ، قد يكون السرطان أحد أنواعها . فعملية الإصابة بالمرض لابد وأن تتدخل مورثات جينية في حدوثها . فهي عملية تركيبية بين التوزيع الجيني والثقافة الإنسانية والحياة الاجتماعية المرتبطة بمن يتزوج من .

أما الجانب الآخر من العوامل المرتبطة المؤدية للإصابة بمرض السرطان فهي تلك العوامل المتعلقة بالجوانب النفسية والسيكولوجية الخاصة بالإنسان . وقد سبقت الإشارة إليها في الحديث عن السلوكيات الإنسانية وطرق المعشية التي تسبب حدوث بعض الأمراض السرطانية ، ولذلك سوف يتم التركيز على الجوانب النفسية الكامنة في شخصية الفرد ومدى ارتباطها ببعض الأمراض السرطانية .

وفي هذا الجانب أعد بدر الأنصاري (1996) دراسة نظرية راجعت أدبيات غربية متعددة حاولت الكشف عن بعض سمات الشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان ، فقد أشارت هذه الدراسات إلى عرض هذا الارتباط بين الشخصية والإصابة بمرض السرطان على عينات بحثية متعددة ، وبطرق قياس متنوعة . فقد

أشـار الأنـصـاري إلى أن هناك عـدداً من الـدراسـات ربطـت الإصـابة السـرطان بالشخصية المكتئبة على سبيل المثال ، والتي أظهرت دراسات أخرى بأن الاكتئاب يستمر حتى مرحلة ما بعد العلاج . وقد أظهرت بعض الدراسات إلى أن هناك إمكانية التنبؤ بالسرطان من خلال الشعور العميق بالعجز Helpless والبؤس Hopeless لفترة زمنية طويلة ، أظهرت الدراسات الأخرى أن البؤس والشعور بالعجز يظهر بعد الإصابة . وقد أشارت دراسات أخرى إلى أن التشاؤم Pessimism له ارتباط ببعض الأمراض العضوية ومنها السرطان ، إضافة إلى أن بعض الدراسات على مرض السرطان أشارت إلى العلاقة الإيجابية بين التشاؤم وسرعة انتشار السرطان . أما القلق Anxiety فقد أشارت الدراسات إلى أنه يظهر بعد نمو السرطان وانتشاره ، ويستمر حتى بعد مرحلة الشفاء . إضافة إلى ذلك ، فقد أشارت إحدى الدراسات إلى العلاقة الإيجابية بين السرطان وكبت الغضب ، وأشار العديد من الدراسات إلى العلاقة بين السرطان وكبت الغضب والعداوة والعدوان بعد الإصابة بالسرطان .

وفي دراسة على عينة من الإناث في المجتمع الإيراني ، قام منتظري وزملاؤه Montazeri et. al. (2000) بدراسة مستوى القلق والاكتئاب وارتباطه بسرطان الثدي لدى هؤلاء النساء ، وذلك قبل عملية التشخيص وبعد عملية تشخيص المرض بثلاثة أشهر . فلم يجد أي فروق بين مقياس القلق والاكتئاب في هاتين المرحلتين على هؤلاء النسوة .

ولا شك أن ما يهمنا هنا هو تأثير الأعراض النفسية الشخصية على الإصابة بأمراض السرطان بشكل عام قبل المرض ، وهذا ما أفرد له الأنصاري مراجعة نظرية

عامة لهذه الدراسات التي أوضحت بشكل كبير هذا النوع من الارتباط . فالجانب النفسي جانب مهم ، والتعرض للضغوط كما سبقت الإشارة أيضاً إلى مسألة ارتباطية بينها وبين حدوث كثير من الأمراض ، ومنها السرطان كما أوضحها على سبيل المثال قراسي وزملاؤه Grassi et. al. (1988) وحتى على مستوى المعالجة ، فإن الجانب النفسي يأخذ دوراً مهماً جداً في تأثيره على التخفيف من المشكلات الخاصة بإحداث السرطان . ويعتبر الجانب الديني والرضى النفسي من الأمور المخففة والتي لها ارتباط بالشفاء من السرطان في كثير من الأحيان (انظر على سبيل المثال Spiegel, 1990 ؛ وخالد المذكور ، 1996 ؛ نظيره بدر ، 1996 ؛ جهاد النابلسي ، 1996) .

فتفاعل الجوانب النفسية والدينية تسهم في التخفيف أو الشفاء من أمراض السرطان . وهذا يعطي تأكيداً على أن إغفال الجانب الديني ، وانخفاض مستوى الرضى النفسي يؤثر في حدوث مثل تلك الإصابات . ولا شك أن التدين ودرجته يرتبط بالمستوى النفسي للفرد الذي يخفف من خلاله الضغوط والاضطرابات النفسية للفرد التي ترتبط بالمشكلات الصحية الجسدية . وهكذا تعتبر العوامل النفسية والاجتماعية بشكل عام دوراً بارزاً في ارتباطها بأحداث حالات السرطان كما تم توضيح ذلك .

إن الجوانب الثقافية والاجتماعية والنفسية لها ارتباط مباشر في الإصابة ببعض أنواع من السرطانات في المجتمع الحديث . إن مما لا شك فيه أن هذه الجوانب الأبعاد قد ارتبطت بصورة مباشرة بعمليات التغير الاجتماعي والتمدن في هذه المجتمعات . فالظروف النفسية على سبيل المثال ارتبطت بمعطيات ثقافية اجتماعية وليدة هذا

المجتمع الحديث . والظروف الاجتماعية الثقافية برزت نتيجة للاتصال المباشر عبر المباشر المجتمع الغربي ، فأصبح هناك عملية تأثير كبيرة في إفرازات هذا التغير على أمراض السرطان في المجتمعات المحلية ، وهي التي تدلل بصورة واضحة مدى انتشار هذه الأنواع بصورة متزايدة في الوقت الراهن . فانتشار حالات السرطان بجميع أنواعه ما هي إلا نتيجة لتحولات اجتماعية ، ثقافية نفسية في المجتمع الحديث .

رابعاً: مرض السكري (Diabetes)

تعريفه :

يعد مرض السكر أحد الأمراض المعقدة ، والذي يعرف على أنه عدم القدرة على المحافظة على معدلات السكر الطبيعية في الجسم ، أي : أنه خلل في المعدلات الخاصة بالسكر في الجسم . هذا الخلل داخل الجسم له عدة أسباب :- السبب الأول :- عدم كفاية أو قصور الأنسلين في الجسم (وهو هرمون داخل البنكرياس ينظم معدلات الكلوكوز) . السبب الثاني : هو عدم حساسية الخلايا لفاعلية الأنسلين المفروز ؛ السبب الثالث : زيادة في نسبة هرمون يسمى الكلوكاتون وهو هرمون آخر للبنكرياس . أما السبب الرابع : فهو يحمل معه مجموعة من الأسباب والعوامل الخاصة بالجينات ، ومنها الخلل في الجينات المعيبة النادرة الخاصة بعملية التمثيل العضوي Metabolism(Molnar, 1992) .

ولعل مرض السكري يمكن تقسيمه إلى نوعين أساسيين : وهما النوع الأول الذي يصيب صغار السن Juvenile Insulin Dependency Type I, (IDDM) ، والنوع الآخر : وهو الذي يصيب الكبار ، ويسمى بالنوع الثاني Type 2

An Adult - Onset Form or Noninsulin Dependent (NIDDM) . ويعتبر النوع الأول Type I أقل حدوثاً من الثاني ، وله تأثير جيني محدد ناتج عن فيروس محدد في البنكرياس ، وهو عادة يحدث عند فئات المراهقين والفئات السنية الصغيرة ويتم السيطرة عليه بواسطة أبر الأنسلين (Molnar, 1992) . فالأنسلين هنا عند الإنسان يفرز بكميات قليلة أو لا ينتج أنسلين على الإطلاق ، على الرغم من أن الحالة لا تعرف من جميع الاتجاهات الخاصة بمسبباتها ، إلا أن العلماء يرون أن جهاز المناعة الخاص بالإنسان يهاجم ويخرب إنتاج الأنسلين في الخلايا الخاصة بالبنكرياس .

أما النوع الآخر الثاني (NIDDM) – وهو الذي يعنينا هنا– فهو الأكثر انتشاراً ، والذي تبدأ أعراضه عندما تكون هناك نسبة الكلوكوز الموجودة في الدم عالية ، وهو في الغالب يظهر عند تجاوز الإنسان سن الأربعين . هناك مسببات تتعلق بالجينات يمكن أن تلعب دوراً في حدوث مثل هذه الإصابة كما أقرته الدراسات الخاصة بالأسرة والتوائم ، ولكن هناك أيضاً عوامل بيئية مهمة ذات دلالة واضحة ومؤثرة في حدوث مثل هذا النوع من الإصابة . ومن أهم العوامل البيئية التغذية ، فعند حدوث أي من التغيرات في نمط المعيشة الحياتية للسكان ، وتغير في النمط الغذائي الخاص ، فإن نسبة الإصابة بهذا المرض تزيد بشكل دراماتيكي وسريع . فهناك ارتفاع حاد في السنوات والعقود الأخيرة ، ولا زالت في ارتفاع كما يشير إلى ذلك هارس Harris ؛ ولأن هذا النوع بالتحديد أصبح له ارتباط واضح بحياة الإنسان ، يعتبر أحد الأسباب المؤدية للوفاة ، فقد اعتنى به كثير من الباحثين ، وبدأوا يقيمون الأبحاث الخاصة التي تتناول أسبابه وأثره على حياة المجتمع الصحية (Molnar, 1992) .

ويعتبر مرض السكري مثل مرض ارتفاع ضغط الدم من حيث صعوبة تحديد الخط الفاصل بين المصاب وغير المصاب به ، حيث لا يوجد خط فاصل واضح ورئيسي . ولقد أوضحت منظمة الصحة العالمية معياراً رقمياً خاصاً بالنسبة لمرض السكر بحيث إذا تجاوز الفرد هذا الرقم ، فإنه قد يعاني من ارتفاع في مستوى السكر في الدم . فقد أشارت المعايير إلى أن الشخص الذي يزيد معدل السكر لديه في الجسم عن ٧,٠ mm فهو يعاني من هذا المرض ، ويعتبر هذا المعيار جديداً ، فقد وضعته منظمة الصحة العالمية مؤخراً (Colman et. al., 1999) . ولا يمكن أن نحدد فواصل قاطعة في هذا الأمر ، أي : بمعنى أننا لا نستطيع أن نقول أن الشخص الذي تبلغ نسبة الكلوكوز داخل جسمه ٦,٩ mm لا يعاني ، والشخص الذيه تكون فيه نسبة ٧,١ mm هو شخص مصاب ، فالخط الفاصل الواضح من الصعب تحديده .

يعتبر مرض السكري أحد أبرز الأسباب للوفاة ، ولقد ارتفعت المعدلات الخاصة بالوفاة نتيجة للإصابة بمرض السكر ، فعلى سبيل المثال ، يعتبر مرض السكر أحد الأمراض الرئيسة المسببة للوفاة حيث، تحتل نسبة المتوفين نتيجة لهذا المرض المرتبة السابعة من إجمالي حوادث الوفاة . وعلى الرغم من أن الأدوية والمعالجات الخاصة بهذا المرض قد قللت وتقلل من نسبة ارتفاع الوفيات ، فإن عدد الأشخاص الذين يصابون بهذا المرض في تزايد بشكل مطرد . ففي الولايات المتحدة زادت النسبة إلى ٦٠٪ من عدد المصابين بالنسبة للأمريكان البيض ، ١٢٠٪ من عدد المصابين بالنسبة للأمريكان السود بين العامين ١٩٦٦ - ١٩٨٢ . وفي بداية التسعينيات هناك ما يقارب ١٠ ملايين حالة مسجلة في الولايات المتحدة تعاني من هذا المرض ، مع إضافة ٥٠٠ ألف شخص سنوياً إلى هذا الرقم ، ولأن

مرض السكر خلال هذه السنوات يتطور بشكل تدريجي متضاعف ، ولأنه مرتبط مع الإصابة بأمراض الكلى والفشل الكلوي ، وأمراض القلب ، والعمى في العمر الأوسط المتأخر من حياة الإنسان ، فإن كثيراً من الأشخاص قد يتعرضون لحالات الوفاة بصورة كبيرة (Molnar, 1992) .

ونقلاً عن منظمة الصحة العالمية WHO (2002) ، فإن نسبة انتشار هذا المرض التقريرية في العالم تبلغ ١٥٠ مليون حالة ، وهذا الرقم من المتوقع أن يصل إلى الضعف كما تقول المنظمة بحلول عام , ٢٠٢٥ أكثر هذه الزيادة ستحدث في البلدان المسماة بالدول النامية Developing Country ، وذلك نتيجة لعوامل الزيادة السكانية ، التقدم في العمر ، الغذاء غير الصحي ، والسمنة والوضع المعيشي . فمن المتوقع حسب تقديرات المنظمة أن يكون غالبية المصابين في سنة ٢٠٢٥ في هذه الدول في الأعمار ما بين ٤٥-٦٤ سنة ، بينما تزداد هذه الأعمار إلى ٦٥ سنة وأكثر في الدول النامية .

هناك تزايد رهيب في أعداد المصابين بهذا المرض ، ويجب أن نأخذ بعين الاعتبار أن الإحصاءات الحالية المتوافرة لا تعكس لنا بالضرورة الرقم الحقيقي للمصابين بمرض السكر . وذلك لسبب بسيط ، وهو أن هناك كثيراً من الأشخاص قد يكون لديهم هذا المرض ، ولكن لم يتم اكتشافه من قبلهم إلى الآن ، فهو مرض خفي لا يظهر بأعراض فسيولوجية محددة وواضحة ، فهو يعتبر من الأمراض الخبيثة وغير الواضحة ؛ ولذلك فإن المعدل العام للإصابة بهذا المرض قد يكون أكثر مما هو مدون في السجلات الطبية الحكومية . ويعتبر مرض السكر ومرض ضغط الدم من الأمراض التي قد لا تكشف عن أعراض جسمانية واضحة عند الإنسان .

العوامل المؤدية للإصابة بمرض السكري :

على الرغم من أن هناك تأثيرات وراثية لهذا المرض كما سبقت الإشارة – فإن هذا المرض مرتبط بشكل كبير ببعض العوامل البيئية والاجتماعية والثقافية والنفسية ، فهذا المرض ، على سبيل المثال مرتبط بشكل كبير مع سوء التغذية ، أو الأكل بكميات كبيرة ، والذي يتبعه انتشار الغذاء وكميات كبيرة من نسبة الكربوهيدرات الموجودة فيه . ولعل من أهم الأمور المرتبطة بالعملية الغذائية المستوى المعيشي والوضع الاقتصادي للفرد والأسرة . ففي الدول النامية ، يوجد مرض السكر وينتشر بشكل أساسي في المناطق الحضرية التي تحتوي على السكان الذين يتمتعون بدرجة معينة من الغنى . فعلى سبيل المثال وجد أن سكان المناطق المتحضرة من الأغنياء في الهند يعانون من نسبة مضاعفة تفوق سكان القرى الفقراء (Molnar, 1992) . وهذا بطبيعة الحال يعتبر مؤشراً على عملية التأثير المباشر للتقدم والمدنية التي أصابت هذا المجتمع بعد الحرب ، والتي أصابت جميع أجزاء المجتمع وعناصره ، وأثرت على الإناث بشكل أكثر تحديداً . وقد ترجع عملية التأثير على الإناث بشكل كبير إلى بعض العوامل الفسيولوجية الخاصة بهن ، والتي من الممكن أن تكون مسببة لحدوث كثير من الأمراض المرتبطة وذات الصلة بفسيولوجية المرأة وتركيبها الجسماني .

بالإضافة إلى هذه الخلافات الخاصة في البلد أو القطر الواحد هناك اختلافات على مستوى الجماعات العرقية . ففي الولايات المتحدة نجد أن نسبة الأمريكان السود المصابين مضاعفة عن نسبة الأمريكان البيض ، والنساء في هاتين المجموعتين أكثر من الرجال كما يقول هاريس (Harris, 1965) ، وبين سكان استراليا الأصليين

الذين تبنوا الغذاء الأوربي أو الغربي الذي يحتوي على كميات من السكريات ، والدقيق أصبحت نسبة المصابين منهم ١٠٪ مع نسبة ٣, ٢٪ بالنسبة للأوربيين الذين يعيشون بالقرب من المناطق الخاصة بالسكان الأصليين كما وجد كرك وزملاؤه (Kirk et al'1985) ، فهناك حالات وشواهد متعددة للأشخاص الذين تبنوا حياة جديدة متكيفة مع الوضع الغربي ونمط المعيشة الخاص به . فمع التغيرات في مستوى الدخل الخاص بالفرد ، والتغير في نمط المعيشة والعادات المعيشية والغذائية التي اعتاد عليها الفرد في فترة زمنية سابقة ، فمرض السكر يأتي على أنه عامل مرتبط ونتيجة مؤكدة لحدوث مثل هذه التغيرات (Molnar, 1992) .

ولقد أشار تقرير آخر عن الوضع الصحي الخاص بمرض السكر عند الهسبانك Hispanics (من الأصول الإسبانية والبرتغالية) في الولايات المتحدة إلى أن أكثر حالات انتشار هذا المرض منتشرة عند الأمريكان المكسيكان ، حيث تبلغ النسبة بمعدل شخص واحد لكل عشر أشخاص أعمارهم تزيد عن العشرين عاماً ، فانتشار مرض السكر بين هذه المجموعة السكانية (الأمريكان المكسيكان ذوي الأصول الإسبانية والبرتغالية) يشكل ضعف النسبة لدى الأمريكان البيض ذوي الأصول الإسبانية والبرتغالية (MMWR Morb Morta WKLY Rep, 1999) . وهذا قد يرجع إلى الاختلاف في مقدار الاندماج الثقافي لدي هذه المجموعة (Stern and Haffner, 1995) . فالاختلافات العرقية داخل المجتمع الواحد في مرض السكر مسألة واضحة وملحوظة في كثير من المجتمعات الإنسانية ، وخاصة تلك المجتمعات التي تتعدد فيها الأقليات والجماعات العرقية المتعددة مثل مجتمع الولايات المتحدة الأمريكية .

وفي مجال الاختلاف بين الجنسين ، والاختلافات العرقية والعامل الاقتصادي

في الوقت نفسه ، فقد أشارت إحدى الدراسات إلى انتشار مرض السكري بين فئات المجتمع الأمريكي عند الإناث السود تحديداً بشكل أكبر ؛ إذ يحتل مرض السكري – على سبيل المثال العامل أو السبب الرابع لحالات الوفاة بينهم . بمعدل امرأة واحدة لكل أربع نساء من الأمريكان السود (بنسبة ٢٣٫٤٪ سنة) من اللواتي بلغن فوق ٥٥ سنة يعانين من هذا المرض . فهذه العينة تعاني بشكل عام من انخفاض في معدل المستوى المعيشي ومستوى الدخل ، والمستوى التعليمي ، وبالتالي تعاني من انخفاض من المستوى الصحي ، وخاصة تلك الفئة العمرية الكبيرة التي مرت بالمعاناة النفسية والسياسية في الوقت السابق (Rajaram and Vinson, 1998) . وفي اليابان أيضاً وقبل الحرب العالمية الثانية كانت نسبة الإصابة بالسكر لدى النساء قليلة ونادرة جداً ، أما الآن فيعتبر مرض السكر من الأمراض الخطيرة ويحتل الترتيب الثامن لمسببات الوفاة بينهم (Molnar, 1992) .

وفي دراسة خاصة داخل المجتمع المصري ، ترتبط بالتوزيع الجغرافي لانتشار مرض السكري ، أوضح عرب Arab (1992) أن انتشار مرض السكر يختلف من منطقة إلى أخرى . حيث يلعت نسبة انتشار مرض السكر في المناطق الحضرية نسبة ٥٫٧٪ ، و ٤٫١٪ في المناطق الزراعية ، و١٫٥ في المناطق الصحراوية ، وشبه مختفية تماماً في بعض القرى المعزولة مقارنة مع أفراد العينة التي قام بدراستها ، وهذا يؤكد اختلاف انتشار هذا المرض باختلاف المجتمعات الإنسانية .

وفي دراسة أخرى في مقارنة مع المجتمع الهندي ، أشارت النتائج التي أجراها راما جاندران وزملاؤه Rama Chandran (1999) على صورة مشابهة للدراسة السابقة . حيث أوضحت الدراسة ارتباط التحضر والتغير الاجتماعي والثقافي

معدلات السكر المنتشرة . فقد أوضحت الدراسة على مجتمع الدراسة بانتشار معدل الإصابة بمرض السكر وانتشاره في المناطق المتحضرة ، حيث بلغت نسبة الانتشار ٦ر١١٪ ، بينما وصلت إلى ٤ر٢٪ في المناطق الريفية . ولقد عزت الدراسة الأسباب إلى المتغيرات المتعلقة بالتحضر ، ومن أهمها تبني الوضع المعيشي غير المعتمد على الحركة عند المناطق الحضرية . وقد أشارت دراسة أخرى في المملكة العربية السعودية إلى نسبة انتشار مرض السكر على عينة مقدارها ٥٢٢٢ مفحوصاً من الريف بلغ ٣ر٤٪ على الرغم من انتشار هذا المرض بشكل كبير في المملكة ، وأن نسبة الذكور بلغت ضعف حجم نسبة الإناث (Fatani et. al., 1987) . ويجب الأخذ بعين الاعتبار هنا أن هذه المناطق الريفية هي متصلة بشكل كبير مع الحياة المدنية . فالقضية الأهم في هذه المسألة هي عملية الاتصال من عدمه في المجتمعات المدنية التي استخدمت تواصلها وثقافتها مع المجتمعات الغربية والمجتمعات المتقدمة ، فالمناطق الريفية في كثير من دول العالم أصبح لها اتصال مباشر بما يعرضه المجتمع الحديث . فالقضية هنا تتعلق بمسألة العزلة الجغرافية والاجتماعية من عدمه ، فالمجتمع الريفي المعزول لا شك معدلاته في الإصابة بالسكر منخفضة والعكس صحيح في هذه القضية .

ولعل من أبرز عوامل التأثير على ارتفاع أعداد المرضى المصابين بالسكر في المجتمعات الحديثة هو التأثير الغذائي وما يرتبط معه من سلوكيات مساعدة على عدم فقدان السعرات الحرارية المكتسبة منه سواء كان بقلة التمارين الرياضية ، أو الوظيفة المكتبية ، أو وسائل الراحة المتوافرة في المجتمعات الحديثة من جهة ، أو التأثير الغذائي المرتبط بالوفرة والنوعية المقتناه والمستهلكة في هذه المجتمعات من جهة

أخرى ، فقد حصل تحول كبير في كم ونوع الطعام المستهلك في المجتمعات الحديثة . فيشير بوبكن Popkin (2001) على سبيل المثال إلى أن السرعة التي تغير خلالها الغذاء في كثير من المجتمعات أدى إلى إحداث كثير من الأمراض في المجتمعات الحديثة ، وخاصة فيما يتعلق بمرض السكر . فأصبحت هناك نقلة في الغذاء ، ونقله في الإصابة بهذا المرض . فقد أشار بوبكن على سبيل المثال إلي البيانات الخاصة في المجتمع الصيني والتي جمعت بين سنتي ١٩٨٩ إلى ١٩٩٣ أوضحت هذه النقلة في الغذاء واستهلاكه . فقد أشارت الدراسة إلى مقدار الزيادة من ٨, ٢٢٪ إلى ٦, ٦٦٪ في نسبة وكمية استهلاك الدهون في الغذاء ، والذي صاحبه تغير في البناء الغذائي والزيادة المطردة في الرواتب التي أصبح معها من اقتناء مواد غذائية أكثر سهولة من السابق . فأصبحت العلاقة بين الغذاء والراتب علاقة يسهل من خلالها على الفرد أن يحصل على المنتجات الغذائية بيسر .

لعل العوامل السابقة المطروحة هي عوامل في حقيقتها بيئية ، نتجت بسبب الاختلاف في البيئات الاجتماعية والثقافية داخل المجتمعات الإنسانية ، وخلفت هذه العوامل سرعة في الانتقال المرضي في مرض السكر وساعد بشكل كبير على انتشاره . ولابد من الإشارة إلى أن هذه العوامل بيئية غير جينية . ولكن لا يعني ذلك أن هذه العوامل لا ترتبط بالمكونات الجينية والوراثية للإنسان . فالمورثات الجينية تلعب دوراً فاعلاً أيضاً في التأثير على الإصابة بالسكر ، أو سرعة تعرض الإنسان له . ولذلك ، لا يمكن الفصل بين هذين العاملين في كثير من الأحيان . ولقد ظهر منذ فترة تحليل نظري يوضح ارتباط العوامل الجينية والبيئية ، وأطلق عليه ما يسمى بالجين المقتصد Thrifty genotype والذي سنناقشه خلال السطور القادمة .

فرضية الجين المقتصد في تفسير مرض السكري :

لا يوجد تفسير أحادي لهذا التغير الدراماتيكي الذي يحدث بين المجموعة السكانية ، والمجموعات العرقية في بعض الأنواع من الأغذية عن غيرها من المجموعات ؛ إذ يمكن للبعض أن يتكيف مع أغذية غنية بالكربوهيدرات السكريات أكثر من غيرهم . هناك فرضية مهمة في هذا الجانب قدمها نيل (Neel, 1982; 1962) اسماها «بالجين المقتصد» Thrifty genotype ، والتي بمقتضاها يمكن أن تفسر سعة القدرة التخزينية للغذاء لأشخاص محددين ، ومدى تفاعلها مع المرض وخاصة السكر . لقد قدم نيل Neel نموذجاً ومثالاً على الجماعات التي تعتمد في غذائها على الصيد والالتقاط الذين تتذبذب كمية الغذاء الخاصة بهم بين الكثرة والوفرة إلى قلة الأكل والمجاعة في بعض الأوقات ، فهناك في بعض الأوقات ندرة في الطعام ، وتحصل بعد ذلك الوفرة فيه فيبدأ هؤلاء السكان بالأكل بنهم وشراهة وكثرة ، وخلال فترة التغذية الكثيرة والوفرة ، يبدأ الأشخاص وبالتوافق مع قدرتهم الجسمانية بتحويل وتخزين الغذاء الزائد بالجسم ، والذي يظهر على شكل دهون متراكمة في الجسم . هذه الطاقة الغذائية الفائضة والمخزنة بالجسم تجعل الأفراد يتحملون أحداث المجاعة فيما لو حدثت . لقد افترض نيل Neel أن إنتاج الأنسلين في البنكرياس حساس للدافع أو للمثير الغذائي ، وبالتالي تزيد نسبة الأنسلين بشكل سريع وفق هذا المخزون من الطاقة الموجودة ؛ لذلك ، فإذا زادت عملية تناول الغذاء الغني بالكربوهيدرات وبشكل مستمر وبكميات كبيرة - مثل الذي يحصل هذه الأيام بشكل واضح ، فإن بعض هؤلاء الأشخاص سوف يصاب بداء السكر في وقت مبكر من عمره ، وذلك نتيجة للخلل الذي يحدث في إفرازات الأنسلين

الكامن داخل الجسم . وبالتالي لن يكونوا قادرين على المحافظة والتحكم بنسبة الكلوكوز الموجود في الجسم بحدود فسيولوجية مقبولة . وفي المقابل ، فإن الطاقة المخزونة من الغذاء قد تكون ذات فعالية عالية في بعض الأوقات وتصلح لبعض المجتمعات ، فقد يلعب الغذاء ووفرته عامل تكيف أيضاً ، وتلعب العوامل الداخلية بطريقة تكيفية مثل ما لعبته عند ندرة الغذاء .

ولقد وضح برير (Prior, 1971) بمثال مدى فاعلية الطاقة المخزنة من الغذاء في الجسم . فلقد قدم برير نموذجاً خاصاً لفاعلية وفائدة هذا الغذاء والطاقة المخزنة بالجسم لدى سكان جزر البولونيسيا في آسيا ، والذين يعتمدون في ترحالهم على البحر وقضاء وقت كبير في رحلات بحرية طويلة في المحيط . فهم يعتبرون مثالاً للأشخاص الذين أصابتهم السمنة بشكل سريع من جراء الفائض الغذائي .

هذه السمنة أو تكدس الشحوم في الجسم كانت تعتبر سمة تكيفية ومفيدة لهم في أوقات وأزمنة ماضية في حياتهم في المحيط المفتوح ، فمن المعروف أن المناخ في المحيط الهندي الجنوبي يتميز بأنه مناخ استوائي مداري ، فالدرجات المنخفضة من الحرارة يمكن أن تسبب مشكلة عند غياب الشمس بالتحديد . ومع انخفاض درجات الحرارة السريع ، يكون الأشخاص الذين يعيشون في زوارقهم الخفيفة الموجودة بالقرب من المحيط عرضه للبرودة ، والرياح الباردة ، والتي تسهم بشكل مباشر في انخفاض سريع لدرجات الحرارة الموجودة داخل جسم الإنسان . ونتيجة لذلك ، فإن الأشخاص الذين يتميزون بطبقات جلد سميكة سيكونون أفضل حظاً في حماية أنفسهم من هذه البرودة ، وبالتالي الوقاية من انخفاض درجة الحرارة بالجسم ، فهناك مسألة تكيفيه للسمنة مع البيئة المحيطة . أما في الوقت الحالي

الحديث ، فهناك اتجاه واضح لزيادة في معدلات السمنة ، والتي أصبحت الآن ترتبط بشكل مباشر مع حدوث مرض السكر (Molnar, 1992) .

هذه الأمثلة المتعددة من الانتقال والتحول المرضي يوضح بعض الجوانب والتأثيرات البيئية ومدى الارتباط بالجينات الإنسانية ومدى تأثيرها على بقاء الإنسان وحياته . هذه التغيرات البيئية تحدث بشكل سريع يصاحبها تغير في الحياة التكنولوجية التي تزداد تعقيداً . هذه التعقيدات يصاحبها تعقيدات في عملية الغذاء أيضاً ، من خلال تناول بعض الأنواع من الأغذية كثيرة الطاقة ، والتي تعود في النهاية بالتأثير على الصحة (Molnar, 1992) .

ففرضية الجين المقتصد هي فرضية تكيفية ، بحيث يحافظ الجسم من خلالها على المخزون الغذائي ، ويساعده على التأقلم مع الظروف المعيشية المحيطة . فالجين يلعب دوراً في حفظ المخزون الغذائي لأغراض تكيفية ، وعند حدوث فائض غذائي ، فإن العمليات الفسيولوجية وفقاً لذلك تعمل بكفاءتها ، وعند ازدياد الكمية الغذائية ، فإن هناك ارهاقاً قد يحدث لهذه الأجهزة -ومنها جهاز البنكرياس- في التعامل مع هذا المخزون الفائق ينتج عنه في النهاية الإصابة بمرض السكري في هذه المجتمعات التي كان يعمل بها الجين المقتصد بكفاءة . فهناك عملية متضادة تحدث في وقتين مختلفين . ولتطبيق ذلك على المجتمعات المحلية والخليجية ، نجد أن القضية قد تلقى القبول .

فالمجتمعات الخليجية كانت تعتمد على مصادر رزق ثلاثة : البحر ، والرعي ، والزراعة . فالمجتمعات الرعوية ، والبحرية والزراعية جميعها تعتبر مجتمعات ذات طبيعة إنتاجية موسمية ، فالمجتمع الرعوي يعتمد على مواسم الوفرة في الحياة ،

فالوفرة الحيوانية والإنتاجية الغذائية متوافرة في جزء من السنة ، والمجتمع البحري مجتمع يعتمد على صيد اللؤلؤ والتجارة ، فالقوت والإنتاجية موسمية عدا صيد الأسماك ، والتي تفي بالقدر اليومي فقط ، وذلك لعدم تطور وسائل الصيد من جهة ، والصعوبة في تخزين هذه الأسماك من جهة أخرى الأمر الذي يصعب على الجميع القيام بهذه المهمة ، وما يصعب من عملية الاستهلاك بشكل يومي . أما المجتمع الثالث وهو المجتمع الزراعي ، والذي يرتبط أيضاً بالإنتاج السنوي للمحاصيل الزراعية .

إن الإنتاج الغذائي لهذه المجموعات السكانية التي تعيش داخل هذه المجتمعات محدود ، وإن الوفرة في الغذاء اليومي قد تكون أيضاً محدودة . ولذلك ، كان الاستهلاك الغذائي يتوافق مع المعطيات البيئية والمادية المسموحة . وهذا الأمر قد جعل ما يسمى بالجين المقتصد يلعب دوراً بين سكان هذه المجتمعات الإنسانية . فأصبح الوضع التكيفي هو ذلك الوضع السائد الذي يحافظ على المخزون الغذائي في هذه المجتمعات . وبعد الثورة النفطية في المجتمع الخليجي ، وبعد تبني النظام الغذائي السلوك الغربي نتيجة لهذه الوفرة أصبح المخزون الغذائي داخل الجسم كبيراً ، وبدأت عمليات الاحتراق الداخلي وعمل البنكرياس يعملان بصورة مضادة مختلفة ، أثرت على الوضع الفسيولوجي والافرازي له وعرضه للخلل في كثير من الحالات ، وهو أمر ترتب عليه حدوث أمراض السكر وانتشارها بشكل كبير بين هذه المجتمعات . فأصبحت هذه الجينات أكثر حساسية للتعرض للمخزون الغذائي الحديث عن السابق . فقد أصبح إنتاج الأنسلين في البنكرياس حساساً للدافع والمثير الغذائي ، وذلك لكونه يعمل بوظيفة تكيفية محدودة في وقت ندرة الغذاء .

إن العوامل البيئية مرتبطة بشكل كبير مع العوامل المحدثة لمرض السكري المنتشر في المجتمعات الحديثة . التغير والتبدل في الحياة الاجتماعية ومقابلتها ببعض الجوانب الجينية المكونة داخل المجموعة السكانية أثر بشكل كبير في حدوث الأعراض المرضية بشكل عام ومرض السكري بشكل خاص . وخلاصة القول ، فإن المرض قد ينشأ باختلاف الثقافة المحيطة به ، وقد يكون منتشراً في بعض المجتمعات ، وقد يكون غير منتشر في مجتمعات أخرى . وحتى على نطاق المجتمع الواحد ، فإن الاختلافات الثقافية داخل هذا المجتمع قد تؤدي في النهاية إلى اختلافات في حدوث هذا المرض داخل إطار ثقافات محددة دون غيرها ، ولا شك أن الغذاء والسلوك الغربي قد ارتبط بشكل كبير بحدوث مثل هذه الأمراض بشكل عام في المجتمعات الحديثة .

إن معدلات حدوث مثل هذه الأمراض بشكل عام نجدها مرتفعة في منطقة الخليج العربي ، وإن كان هناك حاجة ماسة لإجراء كثير من الدراسات الخاصة بهذا الشأن ، إلاّ أن هذه المعدلات من الإصابة بالسرطان ، وأمراض ضغط الدم ، وأمراض القلب والشرايين ، ومرض السكري تعتبر من المعدلات التي تشهد ارتفاعاً ملحوظاً في دول هذه المنطقة . ويحتم هذا على أجهزة الدولة المختلفة ان تتبنى دراسة هذه الظواهر المرضية ، ليس من منظور طبي فحسب ، إنما من منظورها الاجتماعي والثقافي المهم الذي يؤثر بلا شك على ظهور مثل هذه الأمراض وانتشارها . فكما رأينا من خلال هذا العرض بأن الأمراض الوبائية التي تمت مناقشتها تخضع لعوامل ومسببات بيئية اجتماعية وثقافية ، فانتشار المرض وحدوثه يجب أن ينطلق ويدرس من أوجه متعددة ، مرضية ، ثقافية واجتماعية .

الفصل الثامن

خاتمة

Conclusion

الفصل الثامن

خاتمة

Conclusion

تناولت هذه الدراسة قضايا اجتماعية ثقافية صحية متعددة ، انطلقت من البداية في رسم إطار نظري تاريخي عن الأنثروبولوجيا بشكل عام مركزة الاهتمام على التعريفات الأساسية التي انطلقت منها بقية فصول هذا الكتاب محاولة إبراز أهم الجوانب التي ربطت الأنثروبولوجيا بشكل عام بالقضايا الصحية والمرضية داخل المجتمعات الإنسانية ، وذلك من خلال تسليط الضوء على مواطن الالتقاء بين الأنثروبولوجيا والعلوم الطبية ، فركز الكتاب في بدايته على إبراز الجانب الصحي من الأنثروبولوجيا وارتباطها بالعلوم الطبية ، والتطبيب من خلال الفرع الأساسي الخاص ، بها والمتمثل بالأنثروبولوجيا الطبية . فهو فرع من الفروع الأنثروبولوجية الذي ظهر ونشأ قبل وجود الأنثروبولوجيا على ساحة العلوم الاجتماعية ، فانطلق هذا الفرع من الأنثروبولوجيا لدراسة المجتمعات الإنسانية على المستوى الشعبي وعلى مستوى الثقافات الإنسانية ذات الطابع التقليدي متماشية مع الخط العام للأنثروبولوجيا العامة عند ظهورها . فتمت دراسة القضايا الخاصة بالطب والتطبيب والتداوي والمرض والصحة في إطار ضيق وضمن حدود المجتمعات الإنسانية البدائية والتقليدية ، والتي توافقت مع المنطلق الفكري والمنهجي والنظري للأنثروبولوجيا العامة في تلك الفترة .

فانطلقت التصورات النظرية والتطبيقية لهذا الفرع إلى أن بدأ بروز فرع مزودج

آخر في مجال الدراسات الأنثروبولوجية بشكل خاص ، امتد هذا الفرع ليتناول موضوعات أكثر اتساعا ودراسة للقضايا الاجتماعية والثقافية والصحية من منطلقات فكرية متعددة انتهى المحاولة من خلالها عملية دمج وتوحيد عدد كبير من العلوم مستخدمة منهجيتها وأطرها النظرية المتعددة التي سعت من خلالها إلى إحداث نقلة نوعية هامة في الأنثروبولوجيا ، وذلك باستخدام الاتجاه الذي يسعى إلى تداخل العلوم من جهة Interdisciplinary Approach ، وناقلة لعدد كبير من الفروع التي تهتم بالإنسان إلى أرضية مشتركة من جهة أخرى ، فأطلق على هذا الفرع الجديد بالعلم الانتقالي Transdisciplinary Science ، محافظاً على وحدة العلوم ورجوعها إلى الاندماج مرة أخرى لخدمة أغراض بحثية محددة بعد أن فصلتها التخصصية الحديثة . فاطلق على هذا الفرع من المعرفة اسم بيولوجيا المجموعات الإنسانية Human Population Biology . فتم إدخال تخصصات علمية متعددة ضمن دائرة واحدة لمناقشة قضايا محددة محافظة على الهدف الأساسي الخاص بها ، والمتمثل في عملية التكيف الإنساني مع البيئة المحيطة به ، ولفهم واقع الاختلافات الفيزيقية والبيولوجية والاجتماعية والثقافية داخل المجموعات الإنسانية المتعددة وفيما بينها .

وبما أن قضية التغير الاجتماعي والثقافي تعتبر من صلب اهتمام وتركيز الأنثروبولوجيا ، التي اعتمد تأطيرها النظري في بداية ظهورها على هذا الجانب والتركيز عليه ، فإن عوامل التغير هذه قد قفزت لتتخطى حدود وجوانب التنظير إلى جوانب أخرى ترتبط وتتعلق بالتطبيق . فبدأت الدراسات الخاصة تنشط في مجال فحص عملية التغير الاجتماعي والثقافي وتأثيرها على الوضع السائد في

المجتمعات التي مرت فعلاً بعمليات تغير اجتماعي ثقافي وخضعت لعمليات التحديث مؤثرة في بنائها العام .

فدخلت الأنثروبولوجيا في مجال التطبيق ، وأطلق على أحد أبرز فروعها اسم الأنثروبولوجيا التطبيقية . واعتبرت الجوانب المتعلقة بالصحة والمرض والمرتبطة بعمليات التغير الاجتماعي والثقافي من أبرز محددات واهتمامات الأنثروبولوجيا التطبيقية (Scupin, 1992) . وتجدر الإشارة إلى أن قدم الدراسات الأنثروبولوجية التطبيقية تعود إلى ما بعد الحرب العالمية الثانية ، فبرزت الاتجاهات والدراسات الخاصة بالغذاء والتغذية والتغيرات التي طرأت عليه نوعاً وكماً إلى أن برز الاهتمام المباشر في العمليات الصحية التي ارتبطت مع النظام الغذائي الجديد في المجتمعات المعاصرة والحديثة ، فأصبحت هذه القضايا الشغل الشاغل لاهتمام الأنثروبولوجيين الاشتراك مع علماء ومهتمين من فروع أخرى لمعالجة القضية الغذائية وما طرأ عليها من تغير ، ودورها في إحداث الاعتلال الجسدي والصحي في هذه المجتمعات .

لم تكن التغيرات الصحية والطبية لتحدث في وقت واحد وفي مكان واحد وبتأثير مباشر واحد لكل المجتمعات الإنسانية بما تحتويه من ثقافات متمايزة ، فقضايا الصحة والمرض قضايا متفاوتة ثقافياً ، ووفقاً لذلك فإن دراسة المجتمع الواحد والمشكلة الصحية الواحدة وتعميمها هو أمر مستحيل وغير دقيق . وعلى الرغم من دخول العالم الإنساني في قالب واحد وفي إطار ضيق الحدود ضمن دائرة القرية الواحدة-كما تسمى- التي تتميز بالاشتراك في المشكلات والقضايا الاجتماعية المتعددة ، والتي تتميز أيضاً بتسهيل عملية الاتصال الثقافي بين المجتمعات الإنسانية في جميع أنحاء المعمورة ، إلا أن قضايا الصحة والمرض لا تزال قضايا دقيقة ،

وتخضع لاعتبارات لا يمكن من خلالها الدخول ضمن بوتقة العولمة بصورة سهلة مثل القضايا الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والدينية المختلفة . وعلى الرغم من التأثير العالمي على تضييق الحدود بين هذه القضايا الصحية وانتشار الكثير من الأمراض العصرية المتشابهة ، فإن القضية لا تزال تأخذ أبعاداً لا يمكن تعميمها بهذه السهولة نتيجة للتشابكات التأثيرية على القضايا الصحية والمتعلقة بالبيئة الاجتماعية والطبيعية والفيزيقية والتاريخية المحيطة بالإنسان ، فالعملية تذهب إلى أبعد من هذا الاتجاه . ولذلك ، فإن الاختلافات الثقافية مهماتم التقريب فيما بينها ، فإنها تظل في النهاية غير متجانسة بشكل تام ، ولا يمكن اعتبار أبناء المجتمع الواحد ذي الإقليم المحدد ضمن الخريطة الجغرافية متجانسين تماماً مهماًبلغت درجة التشابه بينهم ، فقضايا الصحة والمرض تنطلق من هذا الاختلاف الثقافي المميز . فيكون هنا لزاماً على المهتمين في بالشؤون الاجتماعية والصحية التركيز على الأساس البيولوجي والثقافي للاختلافات الفيزيقية في المجموعات الإنسانية المتعددة .

فالثقافة وفقاً لذلك من الممكن أن تتبنى محركين أو اتجاهين أساسيين يعكسان قضية التغير في المجتمعات الإنسانية ، الاتجاه الأول التغير الثقافي التاريخي الذي يحدث نتيجة التطور التكنولوجي المصاحب ، والتي تنشأ على أثره عملية التفاعل بين الثقافة والتكنولوجيا على حد زعم ستيوارد Steward (1988) ، والتي امتدت بشكل عام إلى بداية النشأة الإنسانية ، والتي ركز عليها علماء الأنثروبولوجيا والاجتماع بشكل عام عند دراستهم للمجتمعات الإنسانية وتفسيرهم للوقائع الاجتماعية . وقد حدث تغير نوعي أفقي نتيجة للتفاعل والاتصال الإنساني بين المجتمعات الإنسانية مع بعضها بعضاً ، وما يترتب على عملية الاتصال هذه من

تأثيرات أخذت أشكالا متعددة من عمليات التغير الاجتماعي والثقافي مثل عملية الاندماج الثقافي Acculturation أو عملية الانتشار Diffusion . كلا هذين الاتجاهين يرتبطان بالتأثير المباشر على قضايا الصحة والمرض . فالأساس التاريخي للمجموعات الإنسانية قد شكل الإطار الفيزيقي والبيولوجي لهذه المجموعات السكانية ضمن مورثات جينية حددت التركيب الجيني المطابق للبيئة الثقافية والإيكولوجية التي يعيش خلالها ، فالصحة الجسمية وحالات الاعتلال الجسدي والصحي تتماشى وتتوافق مع هاتين البيئتين . ومن هنا تكمن أهمية دراسة الأساس الثقافي والبيولوجي للاختلافات العرقية في المجموعات السكانية المتعددة .

لا شك أن العوامل الثقافية تسهم بشكل كبير في إحداث نوعية معينة من الأمراض ، والتي قد تنتشر في بقعة جغرافية معينة ، ولا تنتشر أو حتى توجد في بقعة جغرافية أخرى . إن ذلك الانتشار يختلف من منطقة لأخرى ومن ثقافة لثقافة . ولا يقتصر الاختلاف على مجرد الاختلاف البيئي والإيكولوجي لهذه الثقافات ، كما تم ذكره سابقاً ، بل يتعداه لتلعب عوامل ثقافية وممارسات وطرق عيش محددة في ثقافات معينة في إحداث ووجود هذا الاختلاف والتفاوت في القضايا الصحية والمرضية . فتأثير العوامل الثقافية يعتبر تأثيراً بالغ الأهمية . فقد يكون هناك ممارسات ثقافية محددة وسلوكيات معينة تدخل ضمن إطار ثقافة ما محدثة لمرض أو مؤثرة على الوضع الصحي القائم في هذا المجتمع ، ونجد أن هذا السلوك وهذه الممارسة غير موجودة وغير ظاهرة في ثقافة مجتمع آخر . فما هو مسبب للمرض في هذا المجتمع قد يكون غير ذلك في مجتمع آخر نتيجة لعدم ظهوره أو بروزه ضمن دائرة الثقافة الخاصة به . ولقد تم توضيح العديد من الأمثلة الخاصة بالعوامل

الثقافية المسببة للأمراض ، والتي تلعب دوراً مهماً في التأثير على الوضع الصحي في المجتمعات الإنسانية . فهذه الثقافات الإنسانية والسلوكيات اليومية تلعب دوراً بارزاً في تشكيل الإطار الصحي داخل هذه المجتمعات . وتلعب هنا الأعراف الاجتماعية والتقاليد والعادات والطقوس الممارسة ، ويدخل الدين أيضاً على أنه عنصر مهم في تحديد القواعد الأخلاقية وتحديد نظام المحرمات والمباحات . بل ويتعدى ذلك في كثير من الأوقات تحديد التفضيلات الخاصة بهذه المجتمعات . فالمعايير والقيم والأخلاقيات السائدة داخل هذه المجتمعات والتي تختلف بطبيعتها من مجتمع لآخر- ، تلعب الدور المهم في تشكيل الوضع الصحي القائم داخل المجتمعات الإنسانية على وجه العموم .

إن من أبرز سمات العوامل الاجتماعية والثقافية هو التغير والتبدل المستمر متوافقاً مع المحيط الاجتماعي . ولعل أحد أبرز العوامل الاجتماعية المسببة لحدوث الأمراض والتأثير على الوضع الصحي سواء منه الجسدي أو النفسي ، والتي ظهرت مع عمليات التحديث والتغير الاجتماعي والثقافي هي تلك المرتبطة بالضغوط الاجتماعية والنفسية التي يمر بها المجتمع الإنساني في الفترة الحالية ، فالضغوط الاجتماعية والنفسية هي من أبرز تداعيات المجتمع الحديث ، فهي إرهاصة من إرهاصات التغير الاجتماعي والثقافي وأحد أبرز جوانبه . ولا تخلو المجتمعات الإنسانية المتحضرة من التأثير المباشر لهذه الضغوط التي شكلت الوضع الصحي في هذه المجتمعات . وعندما نتحدث عن عملية تشكيل ، فإن ذلك يعني أن هذه الضغوط الاجتماعية والنفسية قد ولدت قالباً عاماً موحداً لأمراض وعلل جسدية موحدة تمثلت في أمراض عصرية مزمنة ، فالضغوط لا تعتبر مجرد أحداث

عرضية ، ولا تعتبر مجرد علل اجتماعية وسيكولوجية على أنه عدم توافق نفسي أو اجتماعي فحسب ، إنما أسهمت بشكل كبير في إحداث نوعية موحدة لأمراض في مجتمعات جمع إطارها العام التحضر والتغير الاجتماعي والثقافي السريع . فالتأثير الاجتماعي والنفسي أحدث أثراً كبيراً على الوضع الجسدي خللاً في الجسم الإنساني نتيجة هذا التأثير .

لم تكن الضغوط الاجتماعية والنفسية معدومة الوجود أو غير ظاهرة في المجتمعات ، التقليدية ، إنما تفاقم حجمها والسرعة في انتشارها هي من أبرز سمات المجتمعات المتحضرة ، والتي مرت بعملية تغير اجتماعي ثقافي سريع . فالنقلة الكمية والمتمثلة في كثرة وتزايد الضغوط التي بدأ الإنسان المعاصر يتعرض لها في هذه المجتمعات من جهة ، والنقلة النوعية في اختلاف طبيعة هذه الضغوط عما كانت عليه في السابق نتيجة لعمليات التغير والتطور التكنولوجي في المجالات المختلفة ، وفرص العمل المختلفة من جهة أخرى تعد هي من أبرز ركائز هذا الاختلاف ، فهي نقلة نوعية في المعطيات الثقافية العامة داخل هذه المجتمعات .

ولقد صاحبت النقلة هذه نقلة أخرى متوازية في المجال الصحي متمثلة في انتقالية جديدة لأوضاع صحية جديدة وانقضاء عهد من الأوضاع الصحية الماضية ، تتمثل هذه النقلة في ما يسمى بالانتقال الوبائي Epidemiological Transmission ، والذي قاد المجتمعات المتحضرة للانتقال من المعاناة من تلك الأمراض المعدية Infection Diseases إلى ما يتلاءم مع الوضع الثقافي والاجتماعي الجديد والمتمثل بالأمراض العصرية المزمنة Chronic Degenerative Diseases . إن هذه النقلة قد غيرت من مسببات الوفاة أيضاً ، فالزيادة الطبيعية للسكان في هذه المجتمعات قد

تأثرت بشكل كبير نتيجة للتحسن المتمثل في الرعاية الصحية التي تزامنت مع التحديث والوضع الاقتصادي لهذه المجتمعات ، والذي على أثره أدى إلى ازدياد أعداد المسنين وكبار السن في هذه المجتمعات ، وذلك لانخفاض معدل الوفيات من الأمراض المعدية المنتشرة بشكل كبير عن الوقت السابق التي تصيب الإنسان في مراحل عمره كلها . ولا شك أن الأمراض العصرية المزمنة أصبحت تصيب الإنسان في مراحله العمرية المتقدمة وحتى في مراحل عمره المتوسطة ؛ فإصابة الإنسان بأمراض مثل ضغط الدم ، والسكري ، والسرطان ، وأمراض شرايين القلب ارتبط حدوثها بشكل كبير في المجتمعات الإنسانية المتحضرة وكثرت بشكل لافت للنظر ، وفي المقابل ، قد لعبت الرعاية الصحية ومستوياتها المتقدمة في تقليص من ارتفاع أعداد المتوفين بسببها بشكل كبير .

إن قضايا مرضية كالسرطان ، والسكري ، ومرض ضغط الدم ، وأمراض القلب والشرايين لم تعد ولم تكن بأي حال من الأحوال قضايا طبية بحتة تتم معالجتها وفقاً للمفاهيم والمنطلقات الفكرية الطبية والجينية والخلوية فحسب ، إنما تتعدى ذلك لتدخل ضمن دائرة الثقافة ، وترتبط بالأبعاد والمحددات الاجتماعية والثقافية السائدة داخل نطاق المجتمع ، فالمتغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والديموغرافية والسياسية والدينية وغيرها من هذه المتغيرات لها ارتباط مباشر وقوي مع حدوث هذه الأمراض العصرية ، ولا يمكن إغفالها عند الحديث عن معالجة هذه الأمراض .

إن جميع هذه الأمراض والإشكاليات الصحية العامة التي سبق التطرق لها من خلال ما سبق ومن خلال ، ما جاء في محتوى الكتاب ترتبط بمفهوم أساسي واحد

لا يمكن بأي حال من الأحوال الخروج عن دائرته ، والمتمثل في مفهوم الثقافة الإنسانية . فهي المفهوم الشامل للسلوكيات والإطار العام للمجتمع كما حددها إدوارد تايلور Edward Tylor (1871) في كتابه الشهير (الثقافة البدائية) بأنه ذلك الكل المركب الذي يشتمل على المعرفة والعقائد والفن والأخلاق والقانون والعادات وغيرها من القدرات والعادات التي يكسبها الإنسان بوصفه عضواً في المجتمع ، فعند الحديث عن هذه المتغيرات التي تضمنها تعريف تايلور ، فإننا نستطيع القول بأنها هي تلك المؤثرة والمساهمة في حدوث الأمراض الجسمية والنفسية . فالعادات والتقاليد والأخلاقيات العامة في المجتمع والمعارف المتعددة والقدرات المكتسبة داخل المجتمع هي بلا شك محددات أساسية في إحداث الأمراض المتعددة في المجتمع . ولا شك أيضاً أن هذه المحددات تختلف من مجتمع لآخر ، ومن إقليم لإقليم . فالاختلافات في نوعية وانتشار الأمراض الجسدية والنفسية تحدث وفقاً للاختلاف بين الثقافات الإنسانية . ولعل تايلور في تعريفه هذا قد حدد الملامح الأساسية لتأثير المتغيرات على قضايا الصحة والمرض في المجتمعات الإنسانية .

فالثقافة هي المحدد الأساسي لحدوث الأمراض والاعتلال الجسدي والنفسي والاجتماعي . والدائرة الثقافية العامة وما تفرضه أيضاً من عمليات تفاعل مع المحيط الأيكولوجي هي المساهم الأكبر في حدوث وانتشار الأمراض ، ولا يمكن بأي حال من الأحوال فهم هذه العلل الجسدية والنفسية إلا من خلال فهم عام للثقافة الإنسانية لأي مجتمع من المجتمعات ، ففهم الثقافة أو حتى فهم الثقافات الفرعية داخل المجتمع الواحد هو صلب الموضوع والأساس في فهم التغيرات والتحولات التي تحدث في المجتمع . وهي أيضاً الأساس في فهم ديناميكية هذا المجتمع وكيفية

سيره وخطاه . فالفهم الثقافي يذهب إلى أبعد من ذلك بحيث يستطيع هذا الفهم الثقافي أن يبرز جوانب تنبؤية عن مستقبل المجتمع الإنساني . فالثقافة هي التي تحدد الإطار العام للمجتمع ، ومن ضمنها الموضوع الخاص بالصحة والمرض .

ولذلك ، ووفقاً لما سبق ، فإن المهتمين في مجال الأنثروبولوجيا العامة- والذي يدور محور اهتمامهم حول دراسة وفهم الثقافة الإنسانية سواء كانت في الوقت المعاصر أو حتى في الزمن الماضي- هم القادرون على وضع التصورات الأساسية لإطار المجتمع العام ، وذلك من خلال قدرتهم التحليلية للثقافة الإنسانية في المجتمعات الإنسانية بشكل عام ، فهنا تبرز أهمية هذا العلم في الوقت الراهن . فالأنثروبولوجيا بحسب زعم لوسي مير (1983) ميدان من الميادين الرئيسة في اتخاذ القرارات التي ترتبط بالمجموعات السكانية ، وذلك من خلال فهم أساسي ومباشر للعادات والتقاليد وطرق الحياة الاجتماعية المختلفة داخل هذه المجتمعات . ولا شك أن ذلك أدخلها ضمن نطاق التطبيق الذي يوفر المعرفة الدقيقة لهذه المجتمعات الإنسانية الحديثة .

فالاتجاه المنحصر في دراسة المجتمعات التقليدية والبدائية بدأ يخرج إلى حيز أكبر من كونه يهتم بهذه المجتمعات فقط ، فبدخول الأنثروبولوجيا الحقل الدراسي للمدينة والمجتمعات الصناعية والمعقدة ، اتجهت إلى إحداث هذه النقلة في التكوين المنهجي والنظري الخاص بها على جميع الأصعدة والاهتمامات المشتركة . ولا شك ، أن هذه النقلة أصابت أيضاً الاهتمامات الخاصة بالتأثير الثقافي على مفهومي الصحة والمرض ذات الاهتمام القديم والذي تجدد وفق المعطيات والمتغيرات الجديدة ، فتم استخدام المفاهيم الجديدة في المعالجة الخاصة بهذه

العلاقة . فتم استحداث واستخدام أطر منهجية ونظرية متوافقة مع التركيب المعقد لمشكلات العصر الحديث ، وتوسعت بشكل كبير في استخدام هذه الأطر ، وذلك كون هدفها الأساسي فهم الإنسان وثقافته وفهم النتائج المترتبة على الممارسات الثقافية ونمط الحياة الاجتماعية اليومية .

فقضايا مثل الصحة والمرض والاهتمام بهما خرج من إطاره التقليدي المتمثل بدراسة الوضع الثقافي للمجتمعات البدائية والتقليدية وما قبل الكتابة ليدخل المدينة والمجتمع الصناعي وما تفرزه من معطيات ثقافية متأثرة بالإطار الإيكولوجي الخاص بها ، وخرجت أيضاً هذه القضايا من إطارها الشعبي المحدود إلى إطارها العام الشامل في هذه المجتمعات . فالأنثروبولوجيا ، بشكل عام ، لم تعد هي ذلك العلم الذي يهتم بدراسة المجتمعات البدائية والتقليدية والمجتمعات غير المتحضرة البعيدة عن المفهوم الحضاري فحسب- كما تم القبول بتعريفها على هذا الشكل من قبل الأنثروبولوجيين الأوائل أمثال لويس هنري مورجان ، وإدوارد تايلور ، وجيمس فريزر وغيرهم- ، إنما تمتد لتشمل وتقع ضمن الدائرة الشمولية التي تدرس الإنسان بجميع جوانبه الاجتماعية والصحية والنفسية والدينية والفيزيقية والفسيولوجية والتاريخية والسياسية وغيرها ، وفي جميع مجتمعاته الإنسانية المعاصرة . وحتى على مستوى التعريف الخاص بالأنثروبولوجيا الذي حدد بأنه علم دراسة الإنسان (والمشتق من الكلمة اليونانية anthropo ، والتي تعني الإنسان ، و logia ، والتي تعني العلم أو المعرفة) فإن المسألة هنا لا تخرج عن النطاق الشمولي . فإنها بالوقت الراهن ويعد هذا التطور في منهجيتها وأطرها النظرية استخدمت هذا التعريف من منطلقه الصحيح . حيث لم يكن بإمكاننا فهم هذا

المصطلح بشكله العام في بداية ظهوره بجوانبه الدقيقة . فقد تم الاعتماد على الأنثروبولوجيا من حيث كونه علماً لدراسة مجتمعات محددة وليست عامة ، أي بدراسة الإنسان ضمن حدود إقليمية وجغرافية محددة لا يخرج عنها ، ومن الطبيعي أن تمتد فروع هذا العلم لكافة العلوم الأخرى التي يعتبر الإنسان محور اهتمامها ، فتدخل الأنثروبولوجيا ضمن المحيط الكلي والتكاملي الشمولي في دراسة الإنسان .

وقبل الدخول في عملية إبراز دور الأنثروبولوجيا المعاصرة في ربط العلوم المختلفة ، لا بد من الإشارة هنا وبعجالة إلى أبرز خصائصها الرئيسة التقليدية التي تهيئها لأن تأخذ الموقع الريادي والموقع الخاص في جمع شمل العلوم بجميع أشكالها . ونستطيع تلخيص أبرز السمات الرئيسة للأنثروبولوجيا من خلال كونها تنطلق من النظرة الشمولية لدراسة الإنسان ، والتي ألقيت على عاتق هذا الفرع من المعرفة . فهي العلم الشامل ، وتستخدم النظرة الشمولية الكلية في دراسة الإنسان . فقد استخدمت هذه السمة في إبراز دور الأنثروبولوجيا المعاصرة ، وقد استخدمتها كثير من الأدبيات المتعددة سواء القديمة منها أو الحديثة . وقد لخص عاطف وصفي (1971) هذه النظرة بالقول أن الأنثروبولوجيا تتميز باستخدامها النظرة والمنهج الكلي الشامل Holistic Method الذي يهدف إلى تحديد جميع عناصر الثقافة في مجتمع ما ، فيهتم الأنثروبولوجي عند دراسته لأي مجتمع من المجتمعات في البحث عن كل عنصر مادي أو اجتماعي أو فكري في حياة هذا المجتمع بحيث يصل في النهاية إلى تحديد طريقة الحياة التي يعيشها الأفراد . فهو يدرس كل أنماط السلوك الإنساني المكتسبة ، فهذا الذي قد دفع الأنثروبولوجيا في البداية إلى الاهتمام

بدراسة المجتمعات البدائية وشبه البدائية صغيرة الحجم بحيث يستطيع من خلالها تطبيق المنهج التكاملي والإلمام بجميع جوانب الثقافة الإنسانية . فالأنثروبولوجي لن يصل أيضاً إلى معرفة نظام الأسعار ونظام البنوك كما يعرفه عالم الاقتصاد ، كما أنه لن يفهم قوانين المجتمعات المدنية بنفس الدقة التي يفهمها ويصل إليها رجال القانون ، ولكنه يستطيع وحده أن يدرك الصورة الكلية الشاملة ، ويعرف الحقائق الأساسية لتلك العلوم ، بحيث يرسم صورة كلية شاملة لجميع مظاهر الحياة الاجتماعية .

فالأنثروبولوجي وفقاً لذلك قادر على فهم مظاهر الحياة الاجتماعية السياسة والاقتصادية والدينية والتاريخية من منطلقات فكرية متكاملة . فإدراك الأوضاع الاجتماعية العامة من منطلقات موسعة داخل الثقافة هي من المنطلقات الفكرية للأنثروبولوجيا . فعند خروجها من قيد دراسة المجتمعات التقليدية ، انتقلت هذا السمة التكاملية الشاملة في دراسة جوانب الإنسان إلى المجتمعات الحديثة والمتحضرة . فالنظرة الشمولية والتكاملية امتدت لتصل إلى المجتمع الحديث بدخول الأنثروبولوجيا المدينة والمجتمع الصناعي . وبما أن الأنثروبولوجي الحديث- إن جازت التسمية- قادر على فهم مظاهر الحياة الاجتماعية السياسة والاقتصادية والدينية والتاريخية من منطلقات فكرية متكاملة ، لا بد له من أن يكون قادراً أيضاً على فهم يمتد ليشمل مظاهر الحياة الصحية في هذه المجتمعات والتي تتصل بالمظاهر الثقافية الأخرى .

فبينما تهتم العلوم بقضاياها البحثية المحددة فإن الأنثروبولوجيا تجمع هذه العلوم في قالب متكامل ومتشابك . فهو علم بهذا المعنى يجمع المعرفة الإنسانية

ويركبها لدراسة الإنسان . ومن ثمّ فمن المؤكد أن يقوم بدور الرابط بين القضايا الصحية والمرضية مع بقية القضايا والظواهر الاجتماعية المختلفة لأي مجتمع من المجتمعات . ومن الطبيعي عند الحديث عن أي قضية صحية داخل أي مجتمع من المجتمعات ، فإنه لا بد أن يكون هناك فهم كامل وشامل للقضايا الاجتماعية والثقافية العامة يجب أن تتحدد وتتبلور بشكل مناسب حتى يتم الإسهام في معالجته ، فلا بد مثلا من الحديث عن المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية والسياسية والاقتصادية والدينية وغيرها من هذه المتغيرات لفهم حقيقة تفاعلها وارتباطها بالوضع الصحي القائم .

وهذا ما أخذته على عاتقها الأنثروبولوجيا المعاصرة . فهي ذلك العلم الذي فتح أبوابه للدخول إلى جميع العلوم التي تهتم بالإنسان ، ومن أهمها تلك التي تتعلق بالصحة والمرض . فقضايا الصحة والمرض ليست من اهتمام الأنثروبولوجيا في الوقت الراهن فحسب ، إنما امتدت منذ نشأتها على أنها علم مستقل ظهر على الساحة كما سبقت الإشارة . ودخولها الميدان الصحي -إن صح التعبير- قديم قدم نشوئها وظهورها ، ولكن طرق المعالجة قد اختلفت نتيجة للتغيرات الجوهرية والهيكلية التي حدثت داخل الإطار النظري لهذا العلم ومناهجه ، ويقصد بالتغيرات الهيكلية في الأطر النظرية والمنهجية المستخدمة هنا الاعتماد على نظريات حديثة ومنهجية وأساليب وطرق بحثية جديدة مأخوذة من علوم أخرى لم يكن الأنثروبولوجي قد استخدمها عند دراسته المجتمعات في بدايته . فشمولية العلم أعطاها الشرعية لاستخدام مثل تلك الأساليب البحثية الجديدة واستخدام النظريات المتوافقة مع تطور المجتمعات الإنسانية وانخراطها فيما يسمى بمجتمعات الحداثة .

فقد كان إسهام الأنثروبولوجيا بارزاً في عملية النقل ، وفي عملية الربط إلى علم متسع يوحد بين كثير من مفاهيم العلوم المتعددة .

وقد برز الاتجاه الانتقالي - والذي سبق ذكره - موجهاً وجامعاً العلوم في لقاء مشترك يهدف إلى مناقشة القضايا الصحية من زوايا متعددة بينية ومترابطة مع بعضها البعض . فظهر الفرع الذي يطلق عليه بيولوجيا المجموعات السكانية Human Population Biology نتيجة أساسية لهذا الربط والانتقال والتأثر بالمنطلق الشمولي الذي تبنته وتتبناه الأنثروبولوجيا منذ ظهورها . فالشمولية والتكاملية والاندماج هي أحد أبرز ثلاثة مرتكزات أساسية لهذا الفرع من المعرفة . وتركز هذا الاتجاه الانتقالي والبيني في الوقت نفسه Transdisciplinary and Interdisciplinary Approach ليشمل جانب العلوم الصحية والطبية والطبيعية إضافة إلى إسهام واضح من الأنثروبولوجيا لكونها تهتم بإدراك وفهم الجوانب الاجتماعية والثقافية جميعها داخل المجتمعات الإنسانية . فوصف وتحليل السلوك الإنساني - والذي يعتبر من أهم أهداف الأنثروبولوجيا الثقافية على وجه التحديد - للقضايا الصحية والطبية وقضايا التنوع البشري والتكيف البيئي الممتد من العلوم الطبيعية والطبية ، أصبح من أهم أهداف بيولوجيا المجموعات السكانية ، ذلك الفرع الحديث الذي نشط بشكل لافت للانتباه خلال السنوات القليلة الماضية .

فعلى الرغم من أن هذا المفهوم قد ظهر أول مرة على يد بيكر Baker (1982) في العقد التاسع من القرن العشرين ، إلا أن نشاط هذا الفرع برز بصورة دراماتيكية وكبيرة جداً في السنوات القليلة الماضية وبالتحديد في بداية التسعينيات ، فتوسعت الأبحاث المشتركة التي تعالج القضايا الصحية والاجتماعية الثقافية المشتركة ، وبدأ

كثير من المهتمين الأنثروبولوجيا بالبحث عمن يقوم باستكمال جوانب النقص في المعرفة التي يبحثون عنها ، وفي المقابل بدأ الآخرون بالبحث عن المتخصصين الذين يدركون الجوانب الثقافية للمجتمعات الإنسانية المتعددة . فحصلت مواطن الالتقاء في الأبحاث الثقافية الاجتماعية الصحية لمناقشة قضايا متعددة من التكيف الإنساني للبيئة .

فلو استرجعنا النظرة التاريخية لنشأة بيولوجيا المجموعات السكانية وظهورها بهذا الإطار ، فإنه من الممكن تقسيمها إلى ستة أقسام رئيسة : المرحلة الأولى بدأت من بداية إشارة فرانز بواز إلى الربط بين الحياة البيولوجية والثقافة عند تعريفه للأنثروبولوجيا ، فكان مجرد تعريف ربط فيه الجوانب الثقافية بالبيولوجية دون إمعان في الدراسات التي تركز على الجانبين أو حتى دون الاهتمام بالنظر إلى الجوانب البيولوجية عند دراسة المجتمعات وجمع المادة الإثنوغرافية . المرحلة الثانية وهي عند البدء بالدراسات الخاصة في مجال التكيف البيئي وظهور العلوم الجديدة المهتمة بقضايا التكيف بشكل عام قابله أيضاً إبعاد شبه تام من قبل الأنثروبولوجيين للدراسات الإثنوغرافية للمجتمعات التقليدية بعد أن أصبح هناك كم هائل من المادة الإثنوغرافية عن الثقافات ، وبعدما أشبعت أيضاً هذه المجتمعات دراسة وتحليلاً . أما المرحلة الثالثة وهي التوجه إلى الاندماج بين عدة فروع من المعرفة لمناقشة قضايا بحثية واحدة . فكانت الشرارة الأولى التي انطلقت منها الاندماجية بين العلوم مجتمعة إلى أن حلت المرحلة الرابعة والمهمة ، والتي بدأ فيها البرنامج البيولوجي الدولي The International Biological Program في رعاية الأبحاث المشتركة والمتنوعة وتدريب المهتمين من تخصصات متعددة ، وانطلقت المرحلة الخامسة

بانطلاق تعريف محدد لبيولوجيا المجموعات السكانية نتيجة لهذا الالتقاء وهذا الدمج المنهجي والنظري في الأبحاث المشتركة بين المهتمين في الشئون البيولوجية والاجتماعية على حد سواء . أما المرحلة الأخيرة ، وهي التي تمثلت بمرحلة النهضة والانتعاش والحركة والنشر والالتقاء والإعلان عن الهوية الموحدة التي تجمع كثيراً من المهتمين في العلوم المتعددة تحت سقف بيولوجيا المجموعات السكانية .

ولا شك بن هذا اللقاء لم يكن ليظهر لولا تبني الأنثروبولوجيا ، وبالتحديد الأنثروبولوجيا الثقافية والبيولوجية أو الفيزيقية هذا الجمع . فالإدراك المتكامل للمجتمع لا يمكن أن يتمخض إلا من خلال الفهم الحقيقي للثقافة الإنسانية داخل هذه المجتمعات . فولدت هذه المرحلة نشاطا علمياً أكاديمياً غير مسبوق . وانطلقت الأبحاث التي تتبنى هذا الوضع التكاملي والتداخلي والبيني والانتقالي بشكل لافت للنظر خلال المرحلة الأخيرة التي انطلقت في السنوات العشر الأخيرة . فأصبح الاهتمام متزايداً في تلك الفترة لتبني القضايا البيولوجية بانطلاقات فكرية مستمدة من الأنثرويولوجيا . فأصبح هناك إدراك من قبل المؤسسات البحثية والأكاديمية أن فهم عمليات التكيف الإنساني للبيئة لا يمكن أن يكتمل إلا من خلال فهم أساسي لثقافته وسلوكياته . فبدأت المؤسسات الداعمة للأبحاث تقدم الأموال والدعم لهذه الأبحاث ، والتي انعكس النشاط البحثي فيها داخل المجلات العلمية الرئيسة الموجودة خصوصا في الولايات المتحدة ودول العالم المتقدم . فبرزت غالبية الأبحاث في هذه المجلات تركز على هذا الجانب ، فبدأ الأنثروبولوجيون الدخول إلى البوابة الخاصة بالنشر في مجال العلوم البيولوجية والطبية من طريق متسع إلى درجة أنه لا يخلو عدد من هذه المجلات والدوريات العلمية والمحكمة إلا ويكون من

ضمن أحد أبرز أبحاثها من يتناول القضايا المختلفة والمشتركة من المتخصصين الأنثروبولوجيين ، فبدأ الاتساع في مناقشة القضايا المشتركة مع الباحثين المتعددين في المجالات العلمية المتعددة . فهناك عدد كبير من هذه الأبحاث التي انطلقت من هذا المنظور في المجلات والدوريات ذات الطابع العلمي البحت ، وفي المقابل بدأ الأنثروبولوجيون أنفسهم ينشطون في مجالات بحثية مشتركة ، وتتحول الأبحاث إلى هذه النوع من الدراسات البينية حتى في مجالاتهم العلمية التي كانت تهتم بصورة أساسية بالماضي على الدراسات الإثنوغرافية . ولعل أحد أبرز المجلات العلمية الأنثروبولوجية ذات الطابع البيني والتداخلي والذي نسوق له المثال هنا ، هي مجلة الأنثروبولوجيا الطبية Medical Anthropology التي أصبحت مقراً لاستقطاب واستقبال هذه النوعية من الدراسات ، فالملاحظ في هذه المجلة الرائدة في مجال الأنثروبولوجيا الطبية هو الانتقال الجوهري والأساسي في طبيعة الأبحاث الخاصة بها ، فعلى الرغم من محافظتها بشكل كبير على تلك المسائل والقضايا التي يتم معالجتها على المستوى الشعبي أو التقليدي ، فإن كثيراً من هذه القضايا والمشكلات قد تحولت إلى دراسات بينية شاملة لتخصصات متعددة دخل كثير من المهتمين من بقية العلوم ضمن إطارها ، فأصبحت مستقبلة لعدد من المهتمين في القضايا البحثية المشتركة ومن تخصصات مختلفة .

لعل التغير الذي شمل الدراسات الخاصة في مجال الدوريات والمجلات العلمية في مجال التخصص يعد أمراً مقبولاً في ظل ظروف التطور لكل علم ؛ فهي عملية غير مستغربة . فلا يعد ذلك من المسائل الجديدة . ولكن الأهم في هذه القضية هو تداخل الأنثروبولوجيين مع التخصصات الطبية والبيولوجية الأخرى

ضمن المجالات والاهتمامات المشتركة الخاصة بهم ، وضمن حدود مواضيع كانت تقع ضمن دائرتهم البحثية . فانخرط المتخصصون الأنثروبولوجيون في الدراسات المشتركة ، وأصبح هناك كم هائل من المعرفة الأنثروبولوجية الممزوجة مع الاهتمامات البيولوجية والطبية والطبيعية الأخرى تندرج ضمن قوائم النشر التي كانت خاصة بتخصصات معينة ومحددة ، أدخلت أبرز المجلات ودور النشر الحديثة والخاصة بالعلوم البيولوجية والطبيعية البعد الثقافي والأنثروبولوجي ضمن مجالها . ولا شك أن أكبر المجلات والدوريات العلمية زخرت بهذا الإنتاج البيني والمتداخل .

وعند إجراء عملية مسحية مبسطة معتمدة على عناوين الدراسات والمشاركين في هذه الدراسات لثلاث من الدوريات العلمية المحكمة على سبيل المثال لا الحصر في مجال العلوم البيولوجية والوبائية لسنة واحدة تتمثل في سنة ٢٠٠١ إلى منتصف سنة ٢٠٠٢ والمتمثلة بالمجلات (American Journal of Human Biology, Annals Journal of Human Biology, and American Journal of Epidemology) اتضح أن ما يقارب ١٥-٢٥٪ من هذه الأبحاث تنطلق من مشاركات أنثروبولوجية مع مشاركات أخرى ومن علوم متعددة ، فالدراسات احتوت في مضمونها على مفاهيم ثقافية وبيولوجية وجينية وطبية وبأرضيات بحثية مشتركة ومتشابهة . فالبعد الثقافي بارز في هذه الدراسات ، وطرق المعالجة واضحة وجلية وتعكس أهمية الأنثروبولوجيا في الانخراط في مناقشة هذه القضايا وتدعيمها ، ومن الممكن القول بأن بعضاً من القضايا المطروحة لا تكتمل صورتها دون الرجوع إلى النظرة الثقافية لها .

وقبل الخوض في ضرب بعض الأمثلة لا بد من توضيح حقيقة مهمة مفادها أن انخراط الأنثروبولوجيا واهتمامها بالمشكلات البيولوجية انطلقت في البداية من قبل المهتمين في مجال الأنثروبولوجيا الفيزيقية أو البيولوجية ، والذي اعتبره بيكر Baker (1988) الأساس البنائي لبيولوجيا المجموعات السكانية عند حديثه عن مستقبل الأنثروبولوجيا البيولوجية على وجه التحديد ، فاعتبرت الأنثروبولوجيا البيولوجية هي الأساس للدراسات البينية في تلك الفترة ، والتي أوضحت أيضاً الدراسات في دور النشر المختلفة صحة هذا الإدعاء . ولكن تبقى الحقيقة الأساسية هنا أن الأنثروبولوجيا بفرعها الآخر والمتمثل بالأنثروبولوجيا الثقافية بدأ يدخل هذا الميدان من أبواب واسعة ، وبدأ ينطلق أيضاً إلى مجال الدراسات البينية المرتبطة بهذه العلوم البيولوجية والطبيعية . وليس هناك غلو في ذلك لكون الفرعين ، الأنثروبولوجيا البيولوجية والثقافية يقع محور اهتمامها على دراسة الثقافة الإنسانية وتحليلها من وجهتي نظر متقاربة .

فالأنثروبولوجيا البيولوجية لم تنطلق تحت مظلة الأنثروبولوجيا العامة إلا من خلال دائرة الثقافة الإنسانية . فقضيتا التنوع البشري والتطور البشري واللتان تعتبران المجالين الرئيسين للأنثروبولوجيا البيولوجية أو الفيزيقية يقعان وسط الدائرة الكلية والمسماة بالثقافة ، فمفهوم الثقافة هو ذلك المفهوم الذي يضم ويشمل حوله جميع فروع الأنثروبولوجيا بما فيها الأنثروبولوجيا البيولوجية . فالبعد الثقافي من منظور الأنثروبولوجيا الثقافية أيضاً أصبح له نصيب من الاندماج في الدراسات البينية والانتقالية ، وهو لا يختلف في الوضع الراهن في الدراسات والأبحاث المنشورة في الدوريات العلمية عن الأنثروبولوجيا البيولوجية . فأصبح عدد كبير من المهتمين في

مجال الأنثروبولوجيا الثقافية والبيولوجية على حد سواء منخرطين في هذا الجانب المهم من الدراسات .

وعلى الرغم من ذلك ، فإن الواضح والمميز هو أن المهتمين في مجال الأنثروبولوجيا البيولوجية والمهتمين في مجال الأنثروبولوجيا الطبية على وجه التحديد قد يكونون هم الأكثر قرباً من دراسة المشكلات الصحية والبيولوجية لما لهم من فهم وإدراك واضح في المسألتين الثقافية من جهة والبيولوجية والطبيعية من جهة أخرى على الرغم من أهمية الآخرين ، ولعل من المهم هنا تحديد بعض الأمثلة التي وردت في المسح الصغير الذي أجري على المجلات العلمية الثلاث المذكورة لتحديد بعض ملامح الاتفاق نحو القضايا المشركة من جهة ولتحديد ملامح المواضيع المشتركة التي دخل بها الأنثروبولوجي مناقشاً ومحللاً وراسماً لخطط علاجية لمشكلات صحية ومرضية متعددة داخل المجتمع الإنساني بثقافاته المختلفة من جهة أخرى .

ففي مناقشة ومعالجة قضايا خاصة بالمرأة بشكل عام والمرأة الحامل على سبيل المثال وحجمها الجسدي الفيزيقي وتأثير ذلك على وزن المولود ، التقت فروع علمية متعددة ومتخصصون من علوم متفرقة لمعالجة وتحديد هذا الوضع الصحي الثقافي ، فالمشاركون المهتمون التقوا من فروع العلوم الفسيولوجية ، وعلوم طب الأطفال ، إضافة إلى الأنثروبولوجيا .(Barbara, et al.; 2002) وفي دراسة خاصة عن تأثير مرحلة اليأس عند المرأة والعمر والعرق ، وعلاقته بضغط الدم في الثقافتين اليابانية والأمريكية ، اجتمع المهتمون في مجال الدراسات الطبية والطبية المساعدة مع الأنثروبولوجيا (Daniel, et al.; 2001) . وفي مناقشة مسألة الاعتمادية عند

الأطفـال ، فـإن البـاحثين من العلـوم الأسرية والتنمية الإنسانيـة ، والمهتمين في علـوم التغذيـة ، وعلـم العقـاقير ، والأنثـروبولوجيين قد ارتبطوا بهـذه القضيـة البـحثيـة (Michelle, et al.; 2001) . أمـا عند عـمليـة الربط بين الخليـة الإنسـانيـة وعـلاقتها بالجسم الإنسـاني والتمـارين الرياضيـة ، فإن المهتمين في الأنثروبولوجيا البيـولوجيـة والطب النـووي هـم من أصـحـاب الاهـتمـام في دراسـة مـثل هذا الموضـوع (Manuela, et al.; 2001) . وفيـمـا يتعلق بدراسـة وزن المولود وعـلاقته بالغذاء ، والبيئة ، والعـامل الاجتماعي الاقتصادي عند أحـد المجموعـات السكانية ، التفت مجموعة من المتخصـصين في مـجال العلوم الوبائية ، والعاملين في البحث الطبي ، إضافـة إلى الأنثروبولوجيين لمعالجة هذه المشكلة الاجتماعية الثقـافية الطبية (Muller, et al.; 2001) . وأما الدراسـة الخاصة بانتشـار مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) وارتباطه بميكانيكية التأثير الشبكي عليه من قبل الأفراد في المحيط السكاني ، فإن الباحثين في مجال الأبحاث الخاصة بالإيدز من الأطباء ، والعاملين في المختبرات الكيميائية ، والعاملين في مجال الدراسات الوبائية ، إضافة إلى الأنثروبولوجيين هـم من قام بالاعتناء بمثل هذه الدراسة وأدائها (Samuel, et al.; 2001) .

ولعـل من أبرز أهداف الـدوريات العلـميـة ودور النشـر هـذه كـمـا جـاء في ملخصـاتها التفـصيلية لقواعـد النشر هو التركيز على بعض القضـايا البيولـوجيـة والطبيعية ، والتي تتميز بجذورها البيولـوجيـة والطبيـة مثل الجينات البشرية ، Population Genetics ، التطـور والجينـات السكانيـة Evolutionary and Genetic Demography ، الجينات والوسائل الكميـة Quantitative Genetics ، علـم الأوبئة Genetic Epidemology ، الجـينات والسلـوك الإنسـاني والجـينات الإنسـانيـة

Behavioral Genetics ، الجـينات الجـزئيـة Molecular Genetics ، النمـو الفسيولوجي Growth Physiology ، القياسات الخاصة بالجينات والتأثير البيئي Parameters Focusing on Genetics/Environmental Interaction . إن ذلك التداخل في تلك المواضيع بالتحديد لا يعني بالضرورة أن المتخصصين في هذه المجالات هم الذين يدرسون هذه المشكلات فحسب ، إنما تتم دراسة المشكلة حسب طبيعتها وحاجتها من التفسيرات المطلوبة ، ولعل ما تم ذكره هو مجموعة من الأمثلة الحديثة لهذا النوع من الالتقاء والدراسات الخاصة في المجالات البيولوجية التي وجدت الأنثروبولوجيا محط قدم في تناولها في هذه المجلات ودور النشر العلمية المتخصصة بالتحديد . ولو انطلقنا من الدوريات والمجلات العالمية الأخرى ذات الطابع المشترك والطبيعة التداخلية ، فإن التواجد الأنثروبولوجي لن يكون أقل من سابقه ، حيث إن هذه المجلات الكبرى وذات التقويم العالي في النشر High Ranked Journals تتميز بطابع مشترك . فهذه المجلات على سبيل المثل لا الحصر مجلة العلوم الاجتماعية والطب ، Social Science Medicine ومجلة العلم الاجتماعي البيولوجي ، Sociobiology Journal ومجلة العلوم البيواجتماعية Journal of Biosocial Science وغيرها من هذه المجلات ، فإنها تحظى بقبول ومشاركة واسعة من الأنثروبولوجيين ، وذلك من خلال دخولهم ضمن أبحاث علمية مشتركة مع الآخرين لمناقشة قضايا صحية وبيولوجية متشابهة . إضافة إلى الدخول المفرد مع تبني كثير من القضايا نفسها . فهناك العديد من دور النشر التي تتبنى الاتجاه البيني في مجال العلوم الاجتماعية والصحة ، والتي أكد الأنثروبولوجيون في مختلف دول العالم على المشاركة الفعلية والفعالة بها .

ولا بد من الإشارة إلى نقطة مهمة في هذا الاتجاه مفادها أن الأقسام ذات الطبيعة العلمية البحتة- إن صح التعبير- لم تعد تعتمد فقط على المتخصصين من المجال الضيق للتخصص الدقيق الخاص بها فحسب ، بل وجد الأنثروبولوجيون أنفسهم وخاصة الأنثروبولوجيون الفيزيقيون منخرطين في أقسام علمية متعددة مشاركين ومساهمين بها في عمل مشترك ، فأصبح العديد منهم يعمل في أقسام مثل طب المجتمع Community Medicine ، وقسم علم الأوبئة Epidemology Department ، والبيئة الصحية Environmental Health ، والصحة العامة Public Health ، والطب المهني Occupational Medicine ، ومراكز الدراسات السكانية Population Studies Centers ، وأقسام الإرشاد Counseling Departments وغيرها من التخصصات المتعددة . فوجد الأنثروبولوجي الموقع المباشر والفعال والمهم ضمن إطار هذه العلوم والأقسام وبدأ يشارك فيها . فكثير من المتسبين لهذه الأقسام هم من المتخصصين في مجال الأنثروبولوجيا . ولا شك بأن مشاركتهم أصبحت فعالة لدقة معرفته وإلمامه بالجوانب الثقافية الخاصة بالمجتمعات الإنسانية .

إن ذلك قد شكل قاعدة بحثية متسعة للدراسات الأنثروبولوجية والدراسات البينية المشتركة في المجال الصحي والتي وجد الأنثروبولوجيون أنفسهم مندمجين بمحور الاهتمام والدراسة لهذه المشكلات والقضايا مستخدمين منهجهم الشمولي . فالأمثلة المذكورة سابقاً كانت إشارة إلى الوضع الهام الذي تبنته الأنثروبولوجيا في دراسة الأمراض الجسدية والاجتماعية والنفسية ، ولا شك أن هناك ازدياد مطرد لدراسة الأوضاع والأمراض العصرية الحديثة أيضاً والتي تؤرق الباحثين والمهتمين في مجال العلوم الطبية . ولعل هناك أمثلة متعددة تم إيضاحها سابقاً والخاصة

بـبعض الأمراض المتعددة التي شارك الأنثروبولوجيون في مناقشتها وإعطاء تفسيرات منطقية عن أسباب حدوثها وانتشارها مثل تلك الأمراض المتعلقة بالقلب والشرايين وضغط الدم والسكر والسرطان . فهذه الأمراض أصبحت من أبرز الأمراض التي بدأ العلم الحديث معالجتها والتفكير في إيجاد حلول للتقليل من سرعة انتشارها وازدياد معدل نموها . فكانت الأنثروبولوجيا أيضاً متواجدة على الساحة بتقديم خبراتها وخدماتها العلمية والفنية في مجال هذا النوع من الدراسات ، فظهرت العديد من الدراسات المشتركة في هذا المجال تهتم وتكشف قضية التغير الاجتماعي والثقافي وعمليات التحديث في المجتمعات الإنسانية وتأثيره على انتشار مثل هذه النوعية من الأمراض كما مر بنا في الفصل السابع من هذا الكتاب . فأصبحت هذه الأمراض من أبرز اهتمامات الأنثروبولوجيين في الوقت الراهن ، وقد خصصت الميزانيات الضخمة والتي اشترك بها كم هائل من المتخصصين في الأنثروبولوجيا لمناقشة مثل هذه الأمراض وإيجاد التفسيرات والعلاقات المنطقية لتواجدها وانتشارها في مجتمعات وندرتها في مجتمعات أخرى ، فأصبح لدى المهتمين الكم الهائل من المتغيرات الثقافية الاجتماعية ذات التأثير على الوضع الصحي بشكل عام وعلى هذه الأمراض بشكل خاص . واتجه المهتمون أيضاً لدراسة الاختلافات الثقافية في المجتمعات الإنسانية المختلفة .

ولعل الأهم من ذلك كله ، أن الأنثروبولوجيا بدأت تطرق وتناقش مشكلات صحية متعددة أخرى غير التي تم ذكرها هنا في هذا المجال ، والتي لم يسع الكتاب المتناول بين أيدينا استكمالها والاستطراد فيها . ولا غلو في القول بأن أي مشكلة صحية سواء أكانت بدنية أو اجتماعية أو نفسية نجد من المهتمين في مجال

الأنثروبولوجيا الحديثة من يدخل طرفا في مناقشتها والبحث فيها وذلك لارتباطها ببساطة بالسلوكيات الإنسانية وطرق المعيشة ونمط الحياة- والأكثر شمولية من ذلك- الثقافة والتي تعتبر محور اهتمام الأنثروبولوجيين ، فالقضايا الاجتماعية الصحية مثل إدمان المخدرات على سبيل المثال ، نجد أن المعالجة الثقافية والفهم الاجتماعي والثقافي لأبعاد هذه الظاهرة في أي مجتمع من المجتمعات يعد من المسائل المهمة في إدراك وفهم الطبيعة العامة للمشكلة . فالتواصل على سبيل المثال بين التخصصات المتعددة ، في معالجة هذه الظاهرة المنتشرة في بعض المجتمعات يعد مسألة ملحة ومهمة . وعلى حد ما ذهب إليه سنجر Singer (2001) في دراسته النظرية حول المخدرات والكحوليات والتبغ ، والذي أشار فيه إلى ضرورة استخدام عملية دمج وربط منهجي وفكري في دراسة هذه المشكلة في القرن الجديد بين علوم عدة بهدف توضيح البعد التداخلي البيني بين العلوم المتعددة ، والذي اعتبره أمراً بالغ الأهمية ، فقد أشار إلى أن العلوم كانت متفرقة لمناقشة مثل هذه القضية خلال القرن الثامن عشر إلى القرن العشرين ورجعت إلى عملية تداخلية بينية من جديد في الفترة الحالية والقرن الحالي بحيث لا يمكن فهم مثل هذه القضايا بعيداً عن الفهم الثقافي للمجتمعات الإنسانية . وقد تعددت الدراسات المختلفة التي ناقشت مثل هذه القضية من قبل الأنثروبولوجيين وبالاشتراك مع عدد كبير من المهتمين في التخصصات الأخرى في بعض الأحيان . فأفردت دراسات متعددة تناقش البعد الأنثروبولوجي الثقافي لهذه المشكلة الاجتماعية (حمود القشعان ويعقوب الكندري ، ٢٠٠٢ ؛ Hunt and Barker, 2001: Marshall et. al., 2001; Jasinski et al., 2000) .

ومن الأمثلة على المشكلات الصحية الأخرى هو داء الإيدز على سبيل المثال والذي سبقت مناقشته في مواقع متفرقة من هذا الكتاب . فاهتم الباحثون الأنثروبولوجيون في إطار التفسيرات الثقافية ، ودخل كثير منهم إلى البحث عن هذه الإشكالية من زوايا مختلفة (Lyttleton and Amarapibal, 2002; Leclerc-Madlala, 2002) . وذهبوا أيضاً لمناقشة وبحث القضايا النفسية وارتباطاتها الثقافية المتعددة وقياس درجة اختلاف الجوانب النفسية بين الثقافات العامة والثقافات الفرعية المختلفة . فقاموا بدراسة الظاهر النفسية مثل الاكتئاب (Vorcaro, et al., 2001; Aroian, et al., 2001) ، والقلق (Remennick, 2002; Brewis and Pineda, 2001) والغضب وتأثيراته النفسية (Brown et al., 1998; Cohen, 1995; Hollan, 1990) ، وقضايا الموت والتأثير النفسي (Johnson and Barer, 2002) . إضافة إلى دراسة الظواهر الاجتماعية ، والتي تشكل اعتلالاً اجتماعياً أو من الممكن أن تكون أحد أسباب الإصابة بالأمراض مثل موضوع العزلة الاجتماعية أو شبكة العلاقات الاجتماعية أو الدعم الاجتماعي وتأثيره الصحي بشكل عام وعلى بعض الأعراض المرضية بشكل خاص (Gronseth, 2001; Rapp, 2001; Dressler, 2001; 1991; 1989; 1985;1983; Dressler, et al., 1997, 1992; 1991; 1986; 1986;1982) .

ولعل القضايا الصحية والمرضية كثيرة ومتعددة ، ولا يمكن بأي حال من الأحوال حصرها ضمن صفحات هذا الكتاب ، ولكن يمكن القول بأن القضايا الصحية جميعها تقع ضمن الدائرة الثقافية ، ولا يمكن فهم هذه القضايا إلا من خلال الفهم الحقيقي للثقافة داخل هذه المجتمعات ، وذلك من خلال التعاون مع

العلوم المتعددة في كثير من الأحيان . ويجب التنبيه إلى نقطة مهمة وهي التي تتعلق بالدراسات البينية والمتعددة . فنشأة التعاون الكبير بين التخصصات المتعددة هي ليست بدعة أنثروبولوجية ، فقد تداخلت علوم متعددة في مناقشة مسائل ذات اهتمام مشترك . فظهرت علوم نتيجة التقاء عدة علوم . فقد أشار فارمر وفارمر Farmer and Farmer, (2001) على سبيل المثال لتداخل بعض العلوم والتي أطلق عليها اسم علوم النمو Developmental Science ، والتي أشارت إلى تداخل عدد من المنهجيات العلمية لعدد من العلوم المهتمة بالقضايا السلوكية والنفسية . إضافة إلى ذلك فهناك تداخل في عدد من العلوم ضمن الدائرة العامة للعلم التصنيفي العام كدائرة العلوم الاجتماعية مثل تداخل بين الاهتمامات البحثية للمشكلات المشتركة بين علم الاجتماع والسياسة وعلم النفس والإعلام وغيرها من هذه التداخلات ضمن العلوم المتعددة في الدائرة الواحدة أو بين العلوم الطبيعية والإنسانية وهكذا ، فتداخلت علوم متعددة في مناقشة اهتمامات مشتركة سواء أكانت في محيط العلم التصنيفي نفسه أم بين العلوم المتعددة ، والتي ظهر على أثرها فروع جديدة من المعرفة .

فالأنثروبولوجيا هنا قد وظفت هذا التداخل توظيفاً مناسباً متكاملاً لخدمة القضايا المتعلقة بالصحة والمرض ، فجمعت كماً هائلاً من المعرفة الإنسانية التي ارتبطت بالقضايا البيولوجية والصحية والاجتماعية والثقافية ضمن محيط واحد ودائرة بحثية موحدة ، فهي ذلك العلم القادر على الربط ليس على مستوى القضايا الصحية والطبية فحسب ، إنما بين جميع القضايا وأنواع المعرفة التي تهتم بالإنسان . فأخذت الدور الريادي على جميع الأصعدة المتعددة في ربط ودمج العلوم ،

فالقضايا الصحية محور الاهتمام هنا ، قد وقعت تحت مظلة الأنثروبولوجيا وتحت الفرع الجديد الانتقالي المسمى ببيولوجيا المجموعات السكانية . فظهر هذا الفرع تحت مظلة الأنثروبولوجيا على أنها راعية له وأنه محاط بشموليتها ، ولعل هذه الرعاية لهذه العلوم المتعددة لم تأت من فراغ ، وإنما تولدت من الانطلاقة الخاصة من هدف الأنثروبولوجيا العامة وخصائصها المميزة ، والتي تمثلت في إنها ذلك العلم الشمولي والتراكمي في دراسة الإنسان . فدراسة الإنسان من منطلق شمولي وتكاملي هو من أعطى هذه الأهمية للأنثروبولوجيا . إن عملية تركيب المعرفة الإنسانية هي أيضاً من سمات الأنثروبولوجيا . فتركيب المعرفة السياسية والاقتصادية والبيولوجية والطبية والدينية والنفسية والتاريخية وغيرها من فروع المعرفة ما هي إلا أحد أبرز خصائص الأنثروبولوجيا والتي أعطتها أيضاً هذا الدور الريادي في تبني هذا الفرع الجديد وظهوره ووقوعه تحت مظلته ، فبيولوجيا المجموعات الإنسانية ما هو إلا فرع من المعرفة يتسم بطابع شمولي ، تكاملي ، وتركيبي لدراسة القضايا الخاصة بالصحة والمرض ضمن الدائرة الثقافية .

إن هذا التقدم الذي حققته الدراسات الأنثروبولوجية في جميع الميادين وبالتحديد في مجال العلوم الاجتماعية والصحية لم يقدر له البروز والازدهار والتقدم- مع الأسف الشديد- إلا في المجتمعات الغربية المتقدمة ، فدخول الأنثروبولوجيين العرب على سبيل المثال الميدان الطبي والصحي ودراسة المشكلات الصحية المعاصرة على المستوى العام نادر الحدوث إن لم يكن معدوماً . فالقضايا الصحية العامة- وليس على المستوى الشعبي- كانت ولا زالت من صميم اهتمامات الباحثين والمهتمين في مجال الدراسات الطبية المتعددة . وحتى نقاط

الالتقاء والتواصل الفكري في الملتقيات والدراسات المشتركة نادرة جداً إن لم تكن معدومة ، فهناك إخفاق عربي ومحلي لمتابعة القضايا العالمية وقضايا التطور الخاصة في العلم ، وإن كانت هناك لقاءات فهي لا تعدو كونها إشارات عابرة دون وجود هيكل موحد يجمع هذين المجالين .

ولعل هناك عدة أسباب تجعل هذا الالتقاء أمراً يصعب تحقيقه . يتمثل أحد أبرز هذه الأسباب في الندرة النوعية في أعداد المتخصصين في مجال الأنثروبولوجيا بشكل عام والأنثروبولوجيا البيولوجية والأنثروبولوجيا الطبية بشكل خاص في الوطن العربي ، وندرة الأقسام المتخصصة بالأنثروبولوجيا بشكل عام تعكس هذا الكم القليل من المتخصصين . وإن كان هناك بعض من المتخصصين في مجال الأنثروبولوجيا ، فإن الغالبية العظمى منهم من أصحاب الاهتمامات الثقافية الاجتماعية المهتمين في المجال الحفري المتمثل في المتخصصين في مجال الأركيولوجيا بعيدين عن الاهتمامات الصحية والطبية ، وهذا بطبيعة الحال من الممكن ملاحظته بوضوح في مكانة وموقع الأنثروبولوجيا العامة بين أقسام الجامعات والمؤسسات العلمية . حيث يقع معظمها تحت مظلة قسم الاجتماع والدراسات الاجتماعية أو علوم الآثار والدراسات الأثرية أو التاريخية ، وحتى المهتمون في مجال الأنثروبولوجيا الطبية ، فإن جل اهتمامهم محصور في معالجة القضايا ذات المنظور الشعبي والمعتقدات والممارسات الشعبية المهنية وغيرها من القضايا التي تمس الثقافة الفرعية بشكل أكثر دقة ، فهناك ندرة كبيرة في أعداد المتخصصين في مجال الأنثروبولوجيا البيولوجية أو الأنثروبولوجيا الطبية على وجه التحديد وهو ما يجعل من الصعب أن تنطلق الأنثروبولوجيا بالدور الريادي لمعالجة

الاجتماعية والثقافية المرتبطة بقضايا الصحة والمرض على المستوى العام بشكل مرض في الوطن العربي على الرغم من أهميتها وإدراك العالم الأول والمتقدم لها .

وقد لا تغدو مشكلة ندرة الدراسات البينية واللقاءات المشتركة مقتصرة على الأنثروبولوجيا مع بقية المجالات وفروع المعرفة العلمية المتعددة في الوطن العربي فحسب ، إنما تمتد المشكلة لتشمل جميع العلوم على حد سواء ، فالدراسات البينية على الرغم من ملاحظة ازدياد حجمها في السنوات القليلة الماضية ، إلا إنها لا زالت دون المستوى المرضي في المجتمعات المحلية . إذ لا زالت عملية تأطير الدراسات واللقاءات ضمن قوالب ضيقة هي الاتجاه السائد على الأغلب . وهذا جعل من القضايا البينية المتعلقة بالمفاهيم الخاصة بالثقافة والصحة والمرض قليلة داخل هذا الإقليم . فقد يكون أحد أبرز الأسباب هو الإجحاف المستخدم في عملية الفصل بين التخصصات والتأطير الذي لا يخرج عنه الكثيرون عند الحديث عن القضايا الصحية . فالملتقيات والندوات واللقاءات العلمية التي تكرس الارتباط والتداخل بين العلوم المختلفة في قالب واحد وفي مكان واحد تعرض فيها المناقشات وتتداخل فيها الدراسات هي مسألة شبه مفقودة في الوطن العربي ، فغالباً ما يتجه المهتمون والمتخصصون إلى الدراسات ذات الطابع المحدود والبعد والمنظور الواحد .

ولعله لا بد من الإشارة هنا إلى بادرة أمل ونقلة نوعية انطلقت خلال السنوات القليلة الماضية وبالتحديد عام ١٩٩٦ لأحد الملتقيات التابعة للمنظمة العالمية للعلوم الاجتماعية والطب تمثلت في نشأة فرع لهذا الملتقى على المستوى العربي عرف باسم «الملتقى العربي للعلوم الاجتماعية والصحة» . وعند الحديث عن هذه النقلة النوعية فإن ذلك يعني عملية الربط بين المجالات الاجتماعية والصحية ضمن قالب

واحد وتحت سقف عام يجمعهما ، فقد بدأ الملتقى بالاهتمام والتفكير الجدي في عملية الربط بعد القطيعة الإجبارية الموجودة في داخل محيط العالم العربي . فبدأ المهتمون إدراك حقيقة ربط المفاهيم الاجتماعية بالجوانب الطبية ، وبدأ التأكيد على أن المعالجة الفردية والتخصصية البحتة لقضية صحية محددة هو - بلا شك - تغريد خارج السرب العلمي . وبدأ الاهتمام في توسيع دائرة المشاركة في الوطن العربي بجميع جوانبه ودخول كثير من المتخصصين في العلوم الطبية والاجتماعية في بوتقة ومؤسسة فكرية تجمعهما ، فقد تولد الشعور والإحساس بضرورة العمل المشترك لمناقشة قضايا هي في واقع الأمر واحدة ومتشابكة . وهذا الإحساس قد أكده التقرير النهائي لأعمال اللقاء التأسيسي الأول للملتقى عند محاولته للإجابة عن فحوى هذا اللقاء وفحوى الملتقى ، فكما جاء في التقرير : «يشير الواقع في المنطقة العربية إلى وجود فجوة تفصل بين المهتمين بالبحث العلمي في المجال الواحد ، وتتسع الفجوة عندما نتحدث عن التعاون في المجالات المختلفة» (الملتقى العربي للعلوم الاجتماعية والصحة ، ١٩٩٦ : ص ، ٤٠) ، فهناك إدراك لهذه الفجوة من قبل المهتمين في العلوم الاجتماعية والصحية ، ولا شك أن هذا اللقاء واللقاءات الأخرى المتكررة قد تقلل من حدة هذه الفجوة . فبدأ اللقاء الأول بمؤتمر عربي عقد برمّانا بالجمهورية اللبنانية سنة ١٩٩٦ ، ثم في تونس ، فالأردن ، ومن ثم في زحلة بالجهورية اللبنانية ، على أن يتم التواصل في مختلف أقطار الدول العربية خلال السنوات المتعاقبة .

فبدأت مشاركات عربية فعالة من ١٢ دولة ، وبدأ أيضاً الاهتمام في التجمعات الإقليمية في كل بلد ، حيث بدأت كثير من هذه الدول في إنشاء ملتقيات محلية

تسهم في عملية الربط بين العلوم الاجتماعية والصحة ضمن نطاقها الإقليمي ، وفي الكويت على سبيل المثال ، تم تأسيس الملتقى المحلي في ديسمبر سنة ٢٠٠١ بعد تبلور الفكرة من مشاركة إيجابية لكثير من المهتمين في مجال العلوم الاجتماعية والطب في اللقاء الذي عقد في زحلة في نوفمبر ٢٠٠١ ، وبدأ النشاط الثقافي ينطلق من هذا الملتقى المحلي في تنظيم الندوات والمحاضرات العامة التي تربط التخصصات الطبية بالعلوم الاجتماعية . فأقيمت أول ندوة بعنوان «العنف والقضايا الاجتماعية» قسمت إلى ثلاثة جلسات متتابعة تناولت من خلالها العنف الأسري ، والعنف المؤسسي ، ومن ثم العنف المجتمعي ، وقد شارك في هذه اللقاءات نخبة من المهتمين في المجالين الاجتماعي والطبي ، فكانت بادرة لانطلاقة محلية حاولت الربط بين القضايا الصحية والاجتماعية المشتركة .

ولكن على الرغم من ذلك كله ، ومن خلال تتبع للقاءات المتعددة التي عقدت قبل إعداد وكتابة هذه السطور ، فإن الدراسات لا زالت لم يكتمل نموها بالشكل المرضي . فعلى الرغم من تناول مواضيع موحدة من قبل باحثين مختلفين ومناقشتها في دائرة بحثية واحدة فإن الدراسات البينية أيضاً بقيت نادرة ومفقودة في هذا اللقاء ، فهناك الكثير من المواضيع المتشابكة والمتداخلة والتي عرضت من زوايا علمية مختلفة ، إلا أن الدراسة البينية في معالجة قضية واحدة واشتراك باحثين ينتمون إلى أرضيات علمية مختلفة لا زالت غير متكاملة ولم تتضح صورتها بعد ، ولا يقلل ذلك من أهمية التجمع بالطبع والذي قد يكون بادرة في طريق التحقيق ، وخاصة بعد تفكير البعض في تكوين اللجان وتفعيل اللقاءات لخدمة هذه القضية . فاللقاءات المشتركة ستعزز بلا شك من خلق أرضية بحثية مشتركة يجتمع عليها

متخصصون من أطراف عدة لمناقشة موضوعات موحدة ومتشابهة .

وما يهمنا من ذلك كله ، أن الأنثروبولوجيا والمهتمين في الدراسات الأنثروبولوجية في الوطن العربي -على الرغم من قلة أعدادهم- لم يغيبوا عن حضور هذه اللقاءات والملتقيات وكانت لهم إسهامات بارزة ومميزة ، فلم يغب الأنثروبولوجيون في طرح قضاياهم التي تتعلق بالصحة والمرض والثقافة في هذه اللقاءات . بل أكدوا على قضية الارتباط المتأصل في النظرة الشمولية لدراسة الوقائع الاجتماعية وتأثير عمليات التغير الاجتماعي والثقافي على مفاهيم الصحة العامة ، وانطلت عدة دراسات تناقش قضايا صحية عصرية ومشكلات طبية حديثة .

ولعل الحديث عن مستقبل التلاقي بين العلوم الاجتماعية والطبية ضمن الدائرة الأنثروبولوجية يقع ضمن إطار ما قد تم التطرق والحديث عنه في السابق ببيولوجيا المجموعات السكانية الذي نشط على أنه فرع من خلال الدراسات المتعددة التي تهدف لدراسة عمليات التكيف البيئي والتركيز على الاختلافات الثقافية بين المجموعات السكانية المختلفة ، فقد اهتموا ونشطوا بالدراسات التي تركز على المتغيرات الديموغرافية ودراسة السكان ، وتأثير التكيف البيئي وعلاقته بعلم الجينات من خلال دراسات وبائية جينية طبية إكلينيكية ، ومن خلال دراسة البيئة والفسيولوجيا الإنسانية مشتملة على التأثير الغذائي ، التأثير المناخي ، وظروف العمل المهنية ، ومن ثم الاهتمام بدورة الحياة اليومية والنمو الإنساني للمراحل السنية المختلفة مركزة على عمليات التغير التي تحدث ، وتحديد مصادر الاختلافات وتحديد النتائج السلوكية والوظيفية للتغيرات التي تحدث من خلال هذه العمليات .

إضافة إلى الاهتمام بعوامل التغير الاجتماعي والثقافي وعمليات التحديث وتأثيراتها على الصحة . (Little and Hass, 1998) .

نستطيع أن نستخلص من ذلك كله ، وكما حدده كروز Crews (1994) أن الاختلافات الثقافية بين المجموعات السكانية والتي تمثل في النهاية أعراقاً ومجموعات عرقية وأقليات ، مرتبطة بقضايا الصحة والمرض تعد جميعها بناء متشابكاً يقابلها عمليات واختلافات تطورية وسلوكية وجينية ووراثية وثقافية وطرق حياة ومعيشة مختلفة بين وداخل المجموعات السكانية ؛ وتحتاج في النهاية إلى المهتمين والمتخصصين في مجال بيولوجيا المجموعات السكانية لفهم الطبيعة الإنسانية نمو الانسان حتى يدركوا الجوانب الخاصة بصحة الإنسان داخل مجتمعه ، فهي عملية متشابكة ومتعددة الجوانب .

فهناك اشتراك في أطر نظرية متعددة ، واستخدام تقنيات وأساليب بحثية مختلفة مستمدة من علوم بيولوجية وطبية واجتماعية مشتركة وقعت في موقع واحد ومن خلال مجموعة علمية شعرت بأهمية الالتقاء العلمي بعد القطيعة التي فصلت العلوم عند بداية تمحورها وتبلوها وظهورها على أنها علوم مستقلة ، فبعد ظهور كثير من العلوم المستقلة ، ظهرت قيادة أنثروبولوجية أدخلت عدداً كبيراً من هذه العلوم والاهتمامات والتخصصات المتعددة تحت مسمى بيولوجيا المجموعات السكانية ، فاشتركت بدراسات لم يكن مقرراً لها أن تشترك بها ، وانتقلت بنقلة نوعية لا نبالغ عند القول بأنها نقلة راديكالية لم يمر بها أي فرع آخر من المعرفة . فالأنثروبولوجيا بشكل عام ، لم تعد تهتم وتركز على دراسة المجتمعات البدائية-كما كان مقررا لها في السابق- إنما الأنثروبولوجيا المعاصرة بدأت تشكل منعطفاً مهماً

من منعطفات الاتصال والتواصل بين العلوم المختلفة لدراسة مشكلات وظواهر اجتماعية وثقافية وطبية عصرية ومعاصرة في مجتمعات المدينة والمجتمع الصناعي والمتقدم ، والتي قد يستعصي دراستها من قبل منطلقات علمية محددة ، فالفهم الثقافي للقضايا الصحية هي من أبرز الرؤى التي أقحمت الأنثروبولوجيا المعاصرة نفسها فيها .

وانطلاقاً مما تقدم فإن الثقافة والصحة والإنسان ومرضه قضايا متلازمة لا يمكن بأي حال من الأحوال فصل بعضها عن بعضها الآخر ، وقد مر بنا العرض منذ البداية للرابط الأساسي بين هذه المفاهيم المكملة لبعضها بعضاً . فالصحة من الممكن تعريفها بشكل عام ووفقاً لما سبق بأنها اعتلال في القدرات الإنسانية الجسدية والاجتماعية والنفسية . فهي محاور ثلاثة أساسية ينطلق من خلالها محور الاهتمام ، وانخرطت الأنثروبولوجيا المعاصرة في دراسة هذه العلل من أبواب متسعة ومن منطلق شمولي وتكاملي وتركيبي وريادي .

المراجع

References



المراجع

أولا المراجع العربية :

١ - أحمد شوقي الفنجري (١٩٨٥) . الطب الوقائي في الإسلام . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب .

٢ - أحمد عبد الخالق (١٩٩١أ) قياس الاكتئاب -مقارنة بين أربعة مقاييس دراسات نفسية . رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية . يناير ج ١ .

٣ - أحمد عبد الخالق (١٩٩١ب) . بناء مقياس للاكتئاب لدى الأطفال في البيئة المصرية - دراسات نفسية . ١(٢) . رابطة الاخصائية النفسية المصرية .

٤ - أحمد عبد الخالق (١٩٩٣أ) . أصول الصحة النفسية . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

٥ - أحمد عبد الخالق (١٩٩٣ب) اضطراب الضغوط التالية للصدمة بوصفه أهم الآثار للعدوان العراقي على الكويت . الكويت : عالم الفكر ، مجلد (٢٢) العدد ١ .

٦ - أحمد عبد الخالق (١٩٩٨) . التفاؤل وصحة الجسم : دراسة عاملية . مجلة العلوم الاجتماعية . ٢٦ (٢٢) : ٤٥-٦٢ .

٧ - أحمد عبدالخالق وصلاح مراد (٢٠٠١) . السعادة والشخصية : الارتباطات والمنبئات . دراسات نفسية . ١١(٣) ٣٣٧-٣٤٩ .

٨ - أحمد عبد الخالق وعويد المشعان (١٩٩٤) . إدراك الآثار النفسية للعدوان العراقي لدى طلاب الجامعة الكويتيين . مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية . العدد (٢٤) السنة التاسعة العدد الأول للبحوث . المؤتمر العالمي عن آثار العدوان

العراقي على دولة الكويت ، الكويت من ٢-٦ إبريل ١٩٩٤ .
٩ - إقبال بشير وإقبال مخلوف (١٩٨٠) . الرعاية الطبية والصحية . الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث .
١٠ - أيون أوبريان وكفن أومالي (١٩٨٧) . ضغط الدم المرتفع : أسبابه وطرق معالجته . بيروت .
١١ - الأمانة العامة للأوقاف (١٩٩٨) . الرضاعة الطبيعية : هبة الخالق لمولودك . الكويت : نشرته ، وزارة الصحة : اللجنة الوطنية للرضاعة الطبيعية . الصندوق الوقفي للتنمية الصحية .
١٢ - السيد عبد العاطي السيد (١٩٩٧) . المجتمع والثقافة والشخصية . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .
١٣ - الملتقى العربي للعلوم الاجتماعية والصحة ، (١٩٩٦) . المؤتمر العلمي الأول . رمانا . بيروت .
١٤ - الموسوعة العربية العالمية ١٩٩٦ .
١٥ - بدر الأنصاري (١٩٩٦) . الشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان : عرض نظري . المؤتمر العالمي الأول حول مرض السرطان بين الحقيقة والوهم . الكويت ١٨-٢٠ مارس . الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان . ص٥٩٧ - ٦٤١ .
١٦ - بهاء الدين (١٩٩٧) . الصحة والتربية الصحية . القاهرة .
١٧ - جهاد النابلسي (١٩٩٦) . علاقة الإيمان والرضى النفسي بمرض السرطان . المؤتمر العالمي الأول حول مرض السرطان بين الحقيقة والوهم . الكويت ١٨-٢٠

مارس . الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان . ص ١٥٣-٢١٨ .
١٨ - جيمس هنري (١٩٨٩) . ضغط الدم المرتفع . الأهلية للنشر والتوزيع .
١٩ - حسام محمود مهدي (١٩٩٧) . ثقافة الطفل . الصندوق الوقفي للثقافة والفكر .
٢٠ - حسين عبد الحميد أحمد رشوان (١٩٨٣) . دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض . الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث .
٢١ - حسين علي محمد فايد (١٩٩٨) . الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية . دراسات نفسية . ٨(٢) : ١٥٥-١٩١ .
٢٢ - حصة الناصر (١٩٩٩) . ارتفاع ضغط الدم وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية : دراسة نظرية بحث مقدم لمؤتمر «الخدمة النفسية والتنمية» المنعقد بدولة الكويت بتاريخ ٥-٧ ابريل ١٩٩٩ .
٢٣ - حمدي ياسين ، حسن الموسوي ، ومحمد الزامل (٢٠٠٠) . إساءة معاملة طفل ما قبل المدرسة وخصائصه النفسية : دراسة عبر ثقافة بين المجتمعين : الكويتي والمصري . ١٤ (٥٥) : ٣٣-٧٤ .
٢٤ - حمود القشعان ، ويعقوب الكندري (٢٠٠٢) . العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤدية إلى تعاطي المخدرات والمسكرات . دراسة ميدانية على عينة من المدمنين الكويتيين . المجلة التربوية . الكويت . عدد : ٦٥ .
٢٥ - خالد المذكور (١٩٩٦) . علاقة الإيمان والرضى النفسي بمرض السرطان . المؤتمر العالمي الأول حول مرض السرطان بين الحقيقة والوهم . الكويت ١٨-٢٠

مارس . الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان . ص ١٦-٥٢ .
٢٦ – خليل علي محسن (١٩٨٦) . التاج جامع للأصول في تربية وتغذية النشر . بيروت : دار الكنوز الأبية .
٢٧ – راشد سهل (١٩٩٢) الآثار النفسية والاجتماعية التي خلقها العدوان العراقي على أطفال الكويت . دراسة مقدمة للمؤتمر التربوي الحادي عشر لجمعية المعلمين الكويتية عن التخطيط التربوي في مواجهة وتحدي آثار العدوان . الكويت ١٨ إبريل ١٩٩٢ .
٢٨ – زين العابدين درويش (١٩٦٩) . علم النفس الاجتماعي . القاهرة : مطابع زمزم .
٢٩ – زين العابدين درويش (١٩٩٢) أثر العدوان العراقي في الحالة النفسية للشباب الكويتي : دراسة ميدانية على عينات من الطلبة الكويتيين المقيمين في مصر . المجلة العربية للعلوم الإنسانية . ٣٩ : ٢٣٨-٢٥١ .
٣٠ – سامي عبد القوي (١٩٩٤) . مقدمة في علم النفس البيولوجي . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
٣١ – سامية حسن الساعاتي (١٩٨٢) . السحر والمجتمع : دراسة نظرية وبحث ميداني . بيروت : دار النهضة العربية .
٣٢ – سبايرو فاخوري (د .ت) . تنظيم الحمل بالوسائل العلمية الحديثة .
٣٣ – سبايرو فاخوري (١٩٨٧) . طفلك من الحمل إلى الولادة . بيروت : دار العلم للملايين .

٣٤ - سعد الدين إبراهيم (١٩٩٢) . تأملات في مسألة الأقليات . القاهرة : دار سعاد الصباح .
٣٥ - سعيد الحفار (١٩٩٠) . البيئة والأورام : علم السرطان الوقائي . بيروت ، الفكر المعاصر . التعليم العالي ، الإدارة العامة للثقافة .
٣٦ - صبري عبد الواحد (١٩٩٥) . غرائب الحفلات والمناسبات في العالم . الدوحة ، دار التراث الشعبي .
٣٧ - طلال الباب (١٩٨٦) قضايا التخلف والتنمية في العالم الثالث . بيروت ، دار الطليعة للطباعة والنشر .
٣٨ - عادل زهير . في الحمل والولادة .
٣٩ - عاطف وصفي (١٩٧١) الأنثروبولوجيا الثقافية ، مع دراسة ميدانية للجالية اللبنانية الإسلامية بمدينة ديربورن الأمريكية . بيروت ، دار النهضة العربية .
٤٠ - عالية نظيف السناوي (١٩٨٦) . السمنة والعلاج . الكويت ، ذات السلاسل .
٤١ - عبد الباسط الجميل (١٩٩٩) . الهندسة الوراثية . مصر ، دار الندى .
٤٢ - عبد الرحمن العوضي وخالد الصالح (١٩٩٦) . السرطان . الكويت : الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان .
٤٣ - عبد الرحمن عيسوي (١٩٩٦) الأمراض السيكوسوماتية . الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .
٤٤ - عبد الرحمن مصيقر (١٩٩٠) تغذية الطفل في الخليج العربي . الكويت : الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية .

٤٥ - عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) الاكتئاب : اضطراب العصر الحديث ، فهمه وأساليب علاجه . الكويت ، سلسلة المعرفة ، عدد , ٢٣٩

٤٦ - عبد الفتاح عطا الله (د .ت) . السرطان . الكويت ، المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية .

٤٧ - عبد الله بن محمد البكري وعز الدين سعيد الدنشاري (١٩٩٨) . أمراض العصر : السباب والإجراءات الوقائية . الرياض ، مكتبة التربية العربي لدول الخليج .

٤٨ - عبد الله عبد الغني غانم ، سعيد الغامدي ، و حسن محمد صالح (١٩٨٩) . المدخل إلى علم الإنسان . الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث .

٤٩ - عبد الواحد علواني وآخرون (١٩٩٥) . ثقافة الطفل : واقع وآفاق . دمشق : دار الفكر .

٥٠ - عبدالعزيز مصطفى الخالد (١٩٩٦) . علاقة الإيمان والرضى النفسي بمرض السرطان . المؤتمر العالمي الأول حول مرض لسرطان : بين الحقيقة والوهم . ١٨-٢٠/ مارس ٢٢٥ , - , ٢٩١

٥١ - عزت سيد إسماعيل (١٩٩٣) . الاكتئاب النفسي . الكويت ، وكالة المطبوعات .

٥٢ - عطوف محمود ياسين (١٩٩٨) . الأمراض السيكوسوماتية . بيروت ، منشورات بحوث ثقافية .

٥٣ - عفاف عبد العليم إبراهيم (١٩٩٥) . التنمية الثقافية والتغير النظامي للأسرة . القاهرة ، دار المعرفة الجامعية .

٥٤ - عفوف محمود ياسين (١٩٩٨) الأمراض السيكوسوماتية . بيروت ، منشورات البحوث الثقافي .
٥٥ - علاء الدين كفاني (١٩٩٤) . مشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب . قطر ، جامعة قطر .
٥٦ - علي الطراح (١٩٩٨) . أبعاد أزمة التنمية في المجتمع النفطي . الكويت . المجلة العربية للعلوم الإنسانية . ٦٢ : ٩-٢٧ .
٥٧ - علي عبد السلام علي (١٩٩٧) . المساندة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات . دراسات نفسية . ٧(٢) : ٢٠٣- ٢٣٢ .
٥٨ - علي عبد الواحد وافي (١٩٩٦) غرائب النظم والتقاليد والعادات . القاهرة ، دار نهضة مصر للطبع والنشر .
٥٩ - علي محمد مكاوى (١٩٩٠) . الأنثروبولوجيا الاجتماعية ودراسة التغير والبناء الاجتماعي . القاهرة ، دار نهضة الشرق .
٦٠ - علي محمد مكاوى (١٩٩٤) . الأنثروبولوجيا الطبية : دراسة وبحوث ميدانية . الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .
٦١ - علي محمد مكاوى . علم الاجتماع الطبي : مدخل نظري (١٩٩٠) . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .
٦٢ - عويد المشعان (١٩٩٣) . الشخصية وبعض اضطراباتها لدى طلاب جامعة الكويت في أثناء العدوان العراقي «دراسة للفروق بين الصامدين والنازحين وبين الجنسين» ، الكويت ، عالم الفكر . المجلد ٢٢ . العدد الأول .

٦٣ - عويد المشعان (١٩٩٥) . دراسة الفروق في الاكتئاب بين المراهقين والشباب من الكويتيين . المجلة التربوية . ٣٧(١٠ : ١٢٧-١٤٨ .
٦٤ - غانم سلطان (١٩٩٦) مرض الإيدز : دراسة تحليلية في الجغرافيا الصحية ، مجلة العلوم الاجتماعية . الكويت .
٦٥ - فايقة المطوع (د .ت) . الرضاعة الطبيعية . الكويت : لجنة التوعية الصحية - وزارة الصحة . منطقة حولي الصحية .
٦٦ - فتحي الجندي (١٩٩٥) . النذير العريان لتحذير المرضى والمعالجين بالرقي والقرآن . الرياض ، دار طيبة .
٦٧ - فهد الثاقب (١٩٨٢) . الروابط العائلية-القرابية في مجتمع الكويت المعاصر . حولية كلية الآداب . الحولية الثالثة .
٦٨ - فهد الثاقب (١٩٩٩) . الطلاق . مجلة العلوم الاجتماعية . الكويت .
٦٩ - فهد الناصر (١٩٩٨) . التنشئة الاجتماعية لأبناء الشهداء والأسرى . الكويت ، لجنة التأليف والتعريب . مجلة النشر العلمي . جامعة الكويت .
٧٠ - فهد الناصر (٢٠٠١) . أسرى الحرب كضحايا للصراعات المسلحة في المجتمع المعاصر : الأبعاد الاجتماعية والنفسية . المجلة التربوية . ٦٠ (١٠) : ١٢٥-١٦١ .
٧١ - فوزية عبد الله العوضي (١٩٨٧) . أبعاد صحية واجتماعية في تغذية الشباب . الكويت ، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي .
٧٢ - فوزية عبدالله العوضي (١٩٩٦) التغذية والسرطان . المؤتمر العالمي الأول حول مرض لسرطان : بين الحقيقة والوهم . ١٨-٢٠/ مارس . ٧٧٧-٧٩٤ .

٧٣ – كمال إبراهيم مرسي (١٩٩٥) . المدخل إلى علم الصحة النفسية . الكويت ، دار القلم للنشر والتوزيع .
٧٤ – لوسي مير (١٩٨٣) مقدمة في الأنثروبولوجيا الاجتماعية . ترجمة شاكر مصطفى سليم . بغداد ، دار الشئون الثقافية .
٧٥ – مايو كلنيك (٢٠٠٠) . ضغط الدم المرتفع . شيلدون شبيس (إعداد) ، ترجمة مركز التعريب والبرمجة . بيروت : الدار العربية للعلوم .
٧٦ – محمد أبو شوك (١٩٨٤) . المرض والعلاج . الكويت : مؤسسة دار العلوم .
٧٧ – محمد الحداد ومحمود النجار (١٩٨٥) . المدخل إلى علم الإنسان . الكويت ، دار السلاسل .
٧٨ – محمد خالد الطحان (١٩٩٠) . مبادئ الصحة النفسية . دبي ، دار القلم .
٧٩ – محمد خميس الزوكة (١٩٩٦) . البيئة ومحاور تدهورها وآثارها على صحة الإنسان . الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .
٨٠ – محمد دعيس (١٩٩٤) . الإيدز : الأسباب واستراتيجية المراجعة والوقاية : رؤية في الأنثربولوجيا الطبية . دمشق ، دار الفكر .
٨١ – محمد رفعت (١٩٨٨) . أمراض القلب والغدد . بيروت ، مؤسسة عز الدين للطباعة والنشر .
٨٢ – محمد عباس إبراهيم (١٩٩٢) . المدخل إلى الانثروبولوجيا الطبية . جـ١ : الثقافة والمعتقدات الشعبية . الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .
٨٣ – محمد علي البار (١٩٩٨) . المخدرات الخطر الداهم . سوريا ، دار القلم .
٨٤ – محمد علي محمد ، سناء الخولي ، علي عبد الرزاق ، سامية محمد جابر

(١٩٩١) . دراسات في علم الاجتماع . الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .
٨٥ – محمد عودة محمد وكمال إبراهيم مرسي (٢٠٠٠) . الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام . الكويت ، دار القلم .
٨٦ – محمد ياسين (١٩٨١) . أمراض القلب والشرايين . بيروت : دار الكتاب اللبناني .
٨٧ – محمود السيد أبو النيل (١٩٩٤) الأمراض السيكوسوماتية . بيروت . دار النهضة العربية .
٨٨ – محيي الدين العلي (١٩٨٩) . الأمراض الشائعة . دمشق : دار ابن كثير .
٨٩ – مصطفى جوهر حيات (١٩٩٥) . الكوليسترول والغذاء والرياضة . الكويت : دار القلم .
٩٠ – مصطفى جوهر حيات و عبدالهادي حلاوة (١٩٩٤) . الصحة والرياضة . الكويت ، دار القلم .
٩١ – مصطفى الشرقاوي (د .ت) . علم الصحة النفسية . بيروت ، دار النهضة العربية .
٩٢ – مفتاح محمد دياب (١٩٩٥) مقدمة في ثقافة وأدب الأطفال . القاهرة ، الدار الدولية للنشر .
٩٣ – منى عبد الرحمن (١٩٩٦) . التفاعل الثقافي بين مصر ومجتمعات الخليج العربي . دار المعرفة الجامعية .
٩٤ – ميشيل كرم (١٩٨٠) . السرطان . بيروت ، معهد الاتحاد العربي ، سلسلة الكتب العلمية الميسرة .

٩٥ – ناصر عوض (١٩٩٣) . السرطان والغذاء . لبنان ، دار ميرنا .
٩٦ – نباتات الكويت الطبية (١٩٨٤) . مؤسسة الكويت للتقدم العلمي ، إدارة التأليف والترجمة . ترجمة عيسى جاسم محمد الخليفة ومحمد صلاح الدين شركي .
٩٧ – نجلاء جواد (مترجم) (١٩٨٩) . الرضاعة الطبيعية . مؤسسة الرسالة .
٩٨ – نزار رباح الريس وآخرون (١٩٩٠) . السرطان أو الكلية المتمردة . الكويت ، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي .
٩٩ – نصر خليل عمران (١٩٩٧) . الخدمة الاجتماعية الطبية . القاهرة . جامعة حلوان .
١٠٠ – نظيرة بدر (١٩٩٦) . أثر الإيمان والرضى النفسي على مريض السرطان . المؤتمر العالمي الأول حول مرض السرطان بين الحقيقة والوهم . الكويت ١٨–٢٠ مارس . الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان . ص ١٠٣–١٢٠ .
١٠١ – نلسون باكرر (د .ت) . الطب الصيني . ترجمة مركز التعريب والترجمة . الدار العربية للعلوم .
١٠٢ – وسام العثمان (١٩٩٦) . العوامل الاجتماعية المؤدية للإصابة بمرض السرطان . بحث مقدم للمؤتمر العالمي حول مرض السرطان : بين الحقيقة والوهم . الكويت ١٨–٢٠ مارس . ص ص ٢٩٥–٣٥٠ .
١٠٣– يعقوب الكندري (٢٠٠٢) . الدعم الاجتماعي وعلاقته بمعدلات ضغط الدم في الأسرة الكويتية . مجلة العلوم الاجتماعية . ٣٥ (٣) ص ص :٣١٩– ٣٤٥ .

١٠٤ – يعقوب الكندري (٢٠٠٢) الديوانية الكويتية : دورها الاجتماعي والسياسي . الكويت : دار البلاغ .

١٠٥ – يعقوب الكندري وحمود القشعان (٢٠٠٢) . علاقة استخدام شبكة الإنترنت بالعزلة الاجتماعية لدى طلاب جامعة الكويت . مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية . ١٧(١) :١–٤٥ .

ثانياً : المراجع الأجنبية :

106 - Abdal, Y. (1996) Determinants of Fertility Expectation in Kuwait. M. A. Thesis, Purdue University, Lafayette, Indiana.

107 - Abdella N. et al. (1995) Pattern of Non-Insulin Dependent Diabetes in Kuwait. Diabetes Res Clin Pract. 1995 Aug;29(2):129-36.

108 - Abdullah (Al-Kandari), Y. (1999). Consanguineous Marriage and its Affect on Spousal Concordance Among the "Al-Kandari" in Kuwait. Unpublished Ph.D. Dissertation. Department of Anthropology, The Ohio State University.

109 - Abdullah (Al-Kandari), Y. (1995) The Social Functions of the "Al-Diwaniyyah" in Kuwait Society. Unpublished MA Thesis. Department of Anthropology, The Ohio State University.

110 - Abdulrazaq, YM; Bener, A; Al-Gazali, LI; Al-Khayat, AI; Micallef, R; and Gaber, T. A (1997). Study of Possible Deleterious Effect of

Consanguinity. Clin Genet. 51(3):167:167-73.

111 - Abeck, D.; Fevcht, J.; Schafer, J.; Behrendt, H.; Kramer, U.; and Ring, J. (2000). Parental Sum Protection Management in Preschool Children. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 16 (3): 139-43.

112 - Abu Daia, J. M. (2000). Female Circumcision. Saudi Med. J. 21 (10): 921-3.

113 - Aguiar, G. F. (1991). Ethnohistory, Intertribal Relationship, and genetic Diversity among Amazonian Indians. Human Biology. 63 (6): 743-762.

114 - Aguilar-Salinas, C. A. et al. (2001). Obesity, Diabetes, hypertension, and Tobacco Consumption in an Urban Adult Mexican Population. Arch. Med. Res. 32(5): 446-53.

115 - Al-Alfy, A. et al.(1990) Term Infant Asphyxia in Kuwait. Annals of Tropical Pediatrics 10:355-361.

116 - Al-Awadi, S. et al (1986) The Effect of Consanguineous Marriage on Reproductive Wastage. Clinical Genetics 19:384-388.

117 - Al-Awadi, S. et al. (1985) Consanguinity Among the Kuwait Population. Clinical Genetics 27:483-486.

118 - Al-Harthi, A. S. and Al-Harbi, M. (2001). Accidental Injuries During Muslim Pilgrimage. Saudi Med. J. 22(6): 523-5.

119 - Al-Isa, A. (1995) prevalence of Obesity Among Kuwait: A Cross-Sectional Study. International Journal of obesity 19:431-433.

120 - Al-Kandari, Y. (In press). Religiosity and its Relation to Blood Pressure among Selected Kuwaitis. Journal of Biosocial Science.

121 - Allison, D.; Fontaine, K.; Manson, J.; Stevens, J.; and Van Itallia, T. (1999). Annual Deaths Attributable to Obesity in the United Ststes. 282(16): 1530-8.

122 - Al-Muhailan, A. et al. (1989) Exercise Time Relationship to Coronary Risk Factors in Kuwait Adult Males 1985-1986. International Journal of Epidemiology 18:818-823.

123 - Al-Thakeb, F. (1985) The Arab Family and Modernity: evidence from Kuwait. Current Anthropology 26:575-580.

124 - Alwan, A and king, H. (1992) Diabetes in the Eastern Mediterranean Region. World Health Stat. Q 45: 355-359.

125 - Anderson, J. R. (1985). Muir's Textbook of Pathology. Baltimore: Edward Arnold.

126 - Arab, M. (1992). Diabetes Mellitus in Egypt. World Health Stat. Q. 45(4): 334-7.

127 - Armstrong, M. and McConnell, C. (1994). Promoting Informed Decision-Making about Tattooing for Adolescents. J. Sch. Nurs. 19(2): 27-8, 30.

128 - Armstrong, M. L.; Masten, Y. and Martin, R. (2000). Adolescent Pregnancy, Tattoing and Risk Taking. M. C. N. A. M. J. Matern. Child Nurs. 25(5): 258-61.

129 - Armstrong, M. L.; Murphy, K. P., Sallee, A., and Watson M. G. (2000). Tattooed Army Soldiers: Examinius the Incedence, Behaviour, and Risk. Mil Med. 165(2): 135-41.

130 - Aroian, KJ et al. (2001). Health and social service utilization among elderly immigrants from the former Soviet Union. J Nurs Scholarsh. 33(3):265-71.

131 - Arsmtrong, M. L. and Murphy, K. P. (1997). Tattooing: another Adolescent Risk Behavior Warranting Health Education. Appl. Nurs. Res. 10(4): 181-9.

132 - Aspray, T. J. et al. (2000). Rural and Urban Differencies in Diabetes Prevalence in Tanzania: The Role of Obesity, Physical

Inactivity and Urban Living. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 94(6): 637-44.

133 - Baer, Hans, A.; Singer, Merrill; and Susser, Ida. (1997). Medical Anthropology and the World System: A Critical Perspective. Westpost: Bergin and Garrey.

134 - Bairch, G. et al. (1987) Women and gender in research on work and family stress. American Psychologist. 42: 220-222.

135 - Baker PT. (1977) Biological Adaptation to Urbanization and Industrialization: Some Reeadch Strategy Consideration. In RK Wetherington (ed): Colloquia in Anthropology pp. 107-118.

136 - Baker, P.T. (1982) Human Population Biology: A Viable Transdisciplinary Science. Human Biology 54:203-220.

137 - Baker, P.T. (1984) Migration, Genetics, and the Disease of South Pacific Islanders. A Boyce (ed.): Migration and Mobility. London: Tylor & rancis Ltd., PP. 209-239.

138 - Baker, P.T. (1986) Modernization, Migration and Health: a Methodological Puzzle with Example from the Samoans. Journal of Indian Anthropological Science 21:1-22.

139 - Baker, P.T. (1988) Human Population Biology: A Developing

Paradigm for Biological Anthropology. Trends in Anthropology: Future Perspectives, Culture and Biology. London: Basil Blackwell, pp. 255-263.

140 - Baker, P.T. Hanna, J.M., and Baker, T.S. (eds.) (1986) The Changing Samoans; Behavior and Health in Transition. Oxford: Oxford University Press.

141 - Barbara A. et al. (2002) Anthropometric characteristics of pregnant women in Cali, Colombia and relationship to birth weight. American Journal of Human Biology. 14(1): 29-38.

142 - Barbujani, G.; Vian, P.; and Fabbris, L. (1992). Cultural Barries Associated with Large Gene Frequency Differences among Italian Populations. Human Biology. 64(4): 479-495.

143 - Barley, J.; Jeffrey, S.; and Carter, N. (1994) Polymorphic Genes and Cardiovascular Disease in Black and White Population. Collegium Anthropologicum 18:29-33.

144 - Barry DT., Grilo CM. (2002) cultural, psychological, and demographic correlates of willingness to use psychological services among East Asian immigrants. J. Nerv. Ment. Dis. 190 (1):32-9.

145 - Bear, J. C.; Nemec, T. F.; Kennedy, J. C.; Marshall, W. H.; Power, A. A.; Kolonel, V. M.; and Burke, G. B. (1987). Persistent Genetic Isolation in Outport New Found Land. American Journal of Medical Genetics. 27(4): 807-830.

146 - Belotti, V. (1993) Married Women's Participation in Work. Polis: 7:301-320

147 - Bennett, P. et al (1976) Epidemiological Studies of Diabetes in the Pima Indians. Recent Program Horm. Research 32:333-376.

148 - Bergman. M. M. and Scott, J. (2001). Young Adolescent's Wellbeing and Health-Risk Behaviours: Gender and Socio-Economic Differences. J. Adolesc. 24(2): 183-97.

149 - Bindon, J. (1994) Some Implications of the Diet of Children in American Samoa. Collegium Anthropologicum 18:7-15.

150 - Bindon, J., and Baker, P.T. (1985) Modernization, Migration and Obesity Among Samoan Adults. Annls of Human Biology 12:67-76.

151 - Bindon, J.; Crews, D.; and Dressler, W. (1991) Life Style, Modernization and Adaptation Among Samoans. Collegium Anthropologicum 15:101-110.

152 - Bird, C. E. (1999). Gender, Household Labor, and Psychological

Distress: The Impact of the Amount and Division of Housework. J. Health Soc. Behav. 40(1): 32-45.

153 - Bittles, A. (1995) Reproductive Behavior and Health in Consanguineous Marriages. Science 252:789-794.

154 - Bittles, A. (1995). When Cousins Marry: A review of Consanguinity in the Middle East. Human Biology 1:71-83.

155 - Blair, D. et al. (1984) Evidence for an Increased Risk for hypertension with Centrally Located Body fat and the Effect of Race and Sex on the Risk. American journal of Epidemiology 199:526-540.

156 - Bogdan, Robert, C. and Biklen, Sari Knopp (1998). Qualitative Research for Education: An Introduction to Theory and Methods. Boston: Allyn and Bacon.

157 - Boserup, e. (1985) Economic and Demographic Interrelationships in Sub-Saharan Africa. Population and development Review 11:383-397.

158 - Brawn, Jeffrey (1999). Stop Them before they Start: Prevention Starts with Clear Communication (Available Online).

159 - Brewis, AA. and Pineda, D. (2001). Population variation in

children's behavioral symptomatology. A J Phys Anthropol. 114 (1):54-60.

160 - Brown, C. M. (2000). Exploring the Role of Religiosity in Hypertension Management among African Americans. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. 11(1): 190-32.

161 - Brown, DE ; Games, GD; and Nordloh, L. (1998). Comparison of factors affecting daily variation of blood pressure in Filipino-American and Caucasian nurses in Hawaii. Am J Phys Anthropol. 106(3):373-83.

162 - Brown, Peter; In Horn, Macia, and Smith, Daniel (1996). Disease, Ecology and Human Behavior. In: Medical Anthropology: Conten......: 183-218.

163 - Bullen, C. et al. (1996). Ethnic Differences in Blood Pressure: Finding from the Fietcher Challenge-University of Auckland University Heart And Health Study. NZ Med. J. 109: 395-397.

164 - Burgess, E. and wallin, P. (1943) Homogamy in Social Characteristics. American journal of Sociology 49:109-124.

165 - Burghart, R (1990) the Cultural Context of Diet, Diseases and the Body. Harrison, J.C. (ed). In: Diet and Disease in Traditional and

developing Societies: Social study Human Biological Symposium. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 307-325.

166 - Burstrom, B.; Diderichsen, F.; Schouls, S.; and Whitehead, M. (1999). Lone Mothers in Sweden: trends in Health and Soci-economic Circumstances, 1979-1995. J. Epidemiol. Community Health. 53(12): 750-6.

167 - Buunk, B. and Hoorens, V. (1992) Social support and stress: The Role of social comparison and social exchange Processes. British Journal of Clinical Psychology. 31: 445-457.

168 - Cabrera, C.; Helgesson, O.; Wedel, H.; Bjorkelund, C.; Bengtsson, C.; and Lissner, L. (2001). Socioeconomic Status and Mortality in Swedish Women: Opposing Trends for Cardiovascular Disease and Cancer. Epidemology. 12(5): 532-6.

169 - Carmel S. (2002) Subjective evaluation of health in old age: the role of immigration status and social environment. Int. J. Aging Hum. Dev. 53(2): 91-105.

170 - Chalmers, J. et al. (1999). WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. International Society of Hypertension Guideline for Management of Hypertension. J. Hypertens. 17: 151-185.

171 - Cheung, R. C. (2000). Epidemiology of Hepatitis "C" Virus Infection in American Veterans. A. M. J. Gastroenterol. 95(3): 740-7.

172 - Choudhury, SR et al. (1998). Relationship between blood pressure and alcohol consumption on the previous day in Japanese men. Hypertens Res. 1998 21(3): 175-8

173 - Chrisman, Noel and Johnson, Thomas (1996). Clinically Applied Anthropology. Pp. 88-109. In: Medical Anthropoly: Contemporary Theory and Method. Sargent, Carolyn and Johnson, Thomas (eds.). Connecticut: Wesport.

174 - Chu, N. (2001). Prevalence and Trends of Obesity among School Children in Taiwan. The Taipei Children Heart Study. Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. 25(2): 170-6.

175 - Coasts, A. J. (2000). Exercise Training in Heart Failure. Curr. Control Trials Cardiovase Med. 1(3): 155-160.

176 - Coasts, A. J. (2001). Exercise and Heart Failure. Cardiol. Clin. 19 (3): 517-24.

177 - Cohen F., Kearney KA., Zegans LS., Kemeny ME., Neuhaus JM., Stites DP. (1999). Differential immune system changes with acute

and persistent stress for optimists vs. pessimists. Brain Behav. Immun. 13(2): 155-74.

178 - Cohen, L (1995). Toward an anthropology of senility: anger, weakness, and Alzheimer's in Banaras, India. Med Anthropol Q. 9 (3):314-34.

179 - Colman, P. et al. (1999). New Classification and Criteria for Diagnosis of Diabetes Mellitus. M. J. A. 170: 375-378.

180 - Connolly, V. et al. (2000). Diabetes Prevalence and Socioeconomic Status: A Population Based Study Showing Increased Prevalence of type 2 Diabetes Mellitus in Deprived Areas. J. Epidemiol. Community Health. 54(3): 173-7.

181 - Cooper, R. S.; Liao, Y.; and Rotimi, C. (1996). Is Hypertension More Severe among U. S. Blacks, or is Severe Hypertension More Common? Ann Epidemiol. 6: 173-180.

182 - Crespo, C. J., Smit, E.; Carter-Pokras, O.; and Andersen, R. (2001). Acculturation and Leisure-Time Physical Inacting in Mexican American Adults: Results from NHANES III, 1988-1994. 91(8): 1254-7.

183 - Crews,D. (1988) Body Weight, Blood Pressure and the Risk of

Total and Cardiovascular Mortality in an Obese population. Human Biology 60:417-433.

184 - Crews, D. (1994) Human population Biology and Human Variation in Health and Disease. Collegium Anthropologicum 18:1-5.

185 - Crews, D., Bindon, J., and Ozerań J. (1991) Associatioation of Measures of Body Habitués with Diabetes, Glucose and Glycated Hemoglobin in american Samoans. Diabetes 40:433 A. Abstract.

186 - Crews, D. and James, G. (1991) Human Evolution and Gentic Epidemiology of Chronic Degenerative Diseases. GW Lasker and GN Tylor (ed). In: Application of biological Anthropology to Human Affairs Cambridge: Cambridge University Press, pp. 186-207.

187 - Crow, J. and Felsensten, J.(1968) The Effect of Assortative Mating on the Genetic Composition of a population. Eugencis Quarterly 15:85-97.

188 - Curtis, L. J.; Dooley, M. D.; Lipmanm, E. L.; and Feeny, D. H. (2001). The Role Persmanent Income and Family Structure in the Determination of Child Health in Canad. Health Econ. 10(4): 287-304.

189 - Cushman, WC (2001). Alcohol consumption and hypertension. J

Clin Hypertens (Greenwich). 3(3): 166-70.

190 - Daniel E. et al. (2001)Effects of age, ethnicity and menopause on ambulatory blood pressure: Japanese-American and Caucasian school teachers in Hawaii. American Journal of Human Biology. 13(4): 486-493.

191 - De Silvestri, A. and Guglielmino, C. R. (2000). Ethnicity and Malaria Affect Surname Distribution in Consenza Province (Italy). Human Biology. 72(4): 573-583.

192 - DeBruin LS, Josephy PD. (2002) Perspectives on the chemical etiology of breast cancer. Environ Health Perspect. 1:119-28.

193 - Dehane, K. L.; Riedner, G. (2001). Sexually Transmitted Infections among Adolescents: The Need for Adequate Health Services. Reprod. Matters. 9(17): 170-83.

194 - Dhar, H. L. (2001). Gender, Aging, Death and Society. J. Assoc. Physicians India. 49: 1012-20.

195 - DiIrvio, C.; Dudley, W. N.; Kelly, M.; Soet, J. E.; and Sharpe Potter (2001). Social Cognitive Correlates of Sexual Experience and Condom Use among 13-through 15-years-old Adolescents. J. Adolese Health. 29(3): 208-16.

196 - Dressler, WW. (1982) Hypertension and Cultural Change: Acculturation and Disease in the West Indies. New York: Redgrave.

197 - Dressler WW. (1983). Blood pressure, relative weight, and psychosocial resources. Psychosom Med. 45(6):527-36.

198 - Dressler WW. (1985). Extended family relationships, social support, and mental health in a southern black community. J Health Soc Behav. 26(1):39-48.

199 - Dressler WW. (1989). Type A behavior and the social production of cardiovascular disease. J Nerv Ment Dis. 177(4):181-90.

200 - Dressler, WW. (1991) Social Class, Skin Color, and Arterial Blood Pressure in Two Societies. Ethnicity and Disease 1:60-75.

201 - Dressler WW. (1991). Social support, lifestyle incongruity, and arterial blood pressure in a southern black community. Psychosom Med. 53(6):608-20.

202 - Dressler, WW. (1994) Social Status, Age, and Blood Pressure in an English General Practice. Collegium Anthropologicum. 18: 73-80.

203 - Dressler, WW. (1996) Culture, Stress, and Disease. In: Medical

Anthropology: Contemporary Theory and Method. Carolyn F. *Sargent and Thomas M. Johnson (eds.) Revised. Westport:* PRAEGER.

204 - Dressler WW. (2001) Medical anthropology: toward a third moment in social science?. Med Anthropol Q. 15(4):455-65.

205 - Dressler WW, and Bernal H. (1982). Acculturation and stress in a low-income Puerto Rican community. J Human Stress. (3):32-8.

206 - Dressler WW, Mata A, Chavez A, Viteri FE, Gallagher P. (1986). Social support and arterial pressure in a central Mexican community. Psychosom Med. 48(5):338-50.

207 - Dressler WW, Dos Santos JE, Viteri FE. (1986). Blood pressure, ethnicity, and psychosocial resources. Psychosom Med. 48 (7):509-19.

208 - Dressler, WW. et al (1987) Arterial Blood Pressure and Modernization in Brazil. American Anthropologist 89:398-409.

209 - Dressler WW, Viteri FE, Chavez A, Grell GA,. (1991). Dos Santos JE. Comparative research in social epidemiology: measurement issues. Ethn Dis. 1(4):379-93.

210 - Dressler WW, Grell GA, Gallagher PN Jr, Viteri FE. (1992). Social

factors mediating social class differences in blood pressure in a Jamaican community. Soc Sci Med. 35(10):1233-44.

211 - Dressler WW, Balieiro MC, and Dos Santos JE. (1997). The cultural construction of social support in Brazil: associations with health outcomes. Cult Med Psychiatry. 21(3):303-35.

212 - Dressler, WW. and James, J. (1997) Social Status, Context, and Arterial Blood Pressure. American Journal of Human Biology 102:55-66.

213 - Duff, R. W. and Hong, L. K. (1995). Age Density, Religiosity, and Death Anxiety in Retirement Communities. Review of Religious Research, 37: 19-20.

214 - Eaton, C. (1977) Diabetes, Culture Change and Acculturation: Biocultural Analysis. Medical Anthropogy 1:41-64.

215 - Eisenbruch, M. (1988) The mental heath of refugee children and their cultural development, International Migration Review. 22: 282-300.

216 - Eitinger, L. (1960) the Symptomatology of mental illness among refugees in Norway. J. Mental Sci. 106: 947-66.

217 - El-Najar, M. (1996) Consaguinity in Kuwait. Collegium Anthropogicum 20:275-282.

218 - El-Sheikh, S. M.; El-Assouli, S. M.; Mohammed, K. A. and Albar, M. (1998). Bacteria and Viruses that Cause Respiratory Tract Infections during the Pilgrimage (Haj). Season in Melleh, Saudi Arabia. Trop. Med. Int. Health 3(3): 205-9.

219 - Encyclopaedia Britannica (1998) Online. OhioLink

220 - Farmer, T. and Farmer, E (2001). Developmental Science, system of care, and prevention of emotional and behavioal problems in youth. American Journal of Orthopsychiatry. 71(2): 171-181.

221 - Fatani, H. H.; Mira, S. A.; and el-Zubier, A. G. (1987). Prevalence of Diabetes Mellitus in Rural Saudi Arabia. Diabetes Care. 10(2): 180-3.

222 - Fichter, M. and Quadflieg, N. (1999). Alcohlism in Homless Men in the Mid-Nineties: Results from the Bavarian Public Health Study on Homelessness. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neuro. Sci. 249(1): 34-44.

223 - Fitton, L. and Crews, D. (1994) Glucose Measurement in Field Situations: Portable Meters and Laboratory Analyzers. Collegium

Anthropolocum 18:45-51.

224 - Fonck, K.; Mwai, C.; Rakwar, J.; Kirui, P.; Ndiny-Achola, J. O.; and Temmerman, M. (2001). Health Care-Seeking Behavior and Sexual Behavior of Patients with Secually Transmitted Diseases in Nairobi, Kenya. Sex Transm. Dis. 28(7): 367-7.

225 - Forter, G. M. and Anderson, B. G. (1978). Medical Anthropology. New York: Wiley, pp. 2-3.

226 - Glantz, SA and Parmley, WW (1996) Passive and active smoking. A problem for adults. Circulation. 15;94(4): 596-8.

227 - Go Yaux, N.; Alihonou, E.; Diadhiou, F.; Leke, R.; and Thonneau, P. F. (2001). Complications of Induced Abortion and Miscarriage in Three African Countries: A Hospital-based Study among WHO Collaborating Centers. Acta Obsete. Gynecol. Scand. 80(6): 568-73.

228 - Goodwin JS, Brodwick M. (1995) Diet, aging, and cancer. Clin Geriatr Med. 11(4):577-89.

229 - Grassil et al. (1998). Recent Life Events and Psychiatric Symptoms in Cancer Patients. New Trens in Experimental and Clin. Psychiatry; 4: 167-75.

230 - Greene, S. B. et al. (1977). Smoking Habits and Blood Pressure Change: A Seven Year Follow-Up. J. Chronic Dis. 30(7): 401-13.

231 - Greenland, K. J. et al. (1996). Trends in Cigarette Smoking among Children in a Southern Community, 1976-1994: The Bogalusa Heart Study. Ann. Epidemiol. 6(6): 474-5.

232 - Grief, J.; Hewitt, W.; and Armstrong, M. L. (1999). Tattooing and Body Piercing. Body Art Practees among College Students Clin. Nurs. Res. 8(4): 368-85.

233 - Gronseth, AS. (2001).In search of community: a quest for well-being among Tamil refugees in northern Norway. Med Anthropol Q 2001 Dec;15(4):493-514.

234 - Guberan, E. and Raymond, L. (1985). Mortality and Cancer Incidence in the Perfumery and Flavour Industry of Geneva. Br. J. and Med. 42(4): 240-5.

235 - Guberan, E. and Usel, M. (1987). Unusual Mortality Pattern among Short Term Workers in the Perfumery Industry in Geneva. Br. J. Ind. Med. 44(9): 595-601.

236 - Gupta D, Boffetta P, Gaborieau V, Jindal SK. (2001) Risk factors of lung cancer in Chandigarh, India. Indian J Med Res.113:142-50.

237 - Gwede, C. K.; McDermott, R. J.; Westhoff, W. W.; Mushore, M.; Mushore, T.; Chitsika, E.; Majange, C. S.; and Chauke, P. (2001). Health Risk Behavior of Rural Secondary School Students in Zimbabwe. Health Educ. Behav. 28(5): 605-23.

238 - Habib, M. et al. (2000). Hapatitis C. Virus Infection in a Community in the Nile Delta: Risk Factors for Seropositivity. Hepatology. 33(1): 248-53.

239 - Haley, R. W. and Fischer, R. P. (2001). Commercial Tattoing as a Potentially Important Source of Hepatitis "C" Infection. Clninical Episdemology of 626 Consecutive Patients Unaware of their Hepatitis "C" Serologic Stalus. Medicine 80(2): 134-51.

240 Harrison, G. et al. (1988a) Human Biology: An Introduction to Human Evolution, Variation, Growth, and Adaptability. Oxford University Press.

241 - Hartz, A.; Rupley, D.; and Rimm, A. (1984) The Association of Girth Measurements With Diseases in 32, 856 Women. American journal of Epidemiology 119:71-80.

242 - Hassoun, R (1996) A Bioanthropological Perspective of Hypertension in Arab Americans in the Metropolitan Detroit Area

(Michigan). Ph.D. Dissertation, University of Florida, Gainsesville, Florida.

243 - Haughey BP, Marshall JR, Swanson MK. (1987). Diet and lung cancer risk: findings from the Western New York Diet Study. Am J Epidemiol. 125(3):351-63.

244 - Havas S. (1997). Diet and cancer. Md Med J. 1997 Oct;46 (9):477-8

245 - Hazuda, H. et al (1988a) Effects of Acculturation and Socioeconomic Status on Obesity and Diabetes in Mexican Americans. American Journal of Epidemiology 128:129-1301.

246 - Hazuda, H.; Stern, M., and Haffner (1988b) Acculturation and Assimilation Among Mexica Americans: Scale and Population Based Data. Social Science Quarterly 69:687-706.

247 - Helman (1997).

248 - Helman, Cecil G. (1997). Culture, Health, and Illness. Oxford: Butterworth Heinemann.

249 - Hixson, K. A., Gruchow, H. W., & Morgan, D. W. (1998). The relation between religiosity, selected health behaviors, and blood

Pressure among adult females. Preventive medicine, 27(4), 545-552.

250 - Hodge, F. S. (1995). Tobacco Control Leadership in American Indian Communities. In: Tobacco and Health. K. Slama (ed.). Office of Minority Health. Plenum Press.

251 - Hoek G, Fischer P, Van Den Brandt P, Goldbohm S, Brunekreef B. (2001) Estimation of long-term average exposure to outdoor air pollution for a cohort study on mortality. J Expo Anal Environ Epidemiol. 11(6):459-69.

252 - Hogan, D. P. and Park, J. M. (2000). Family Factors and Social Support in the Developmental Outcomes of very Low-Birth Weight Children. Clin Perinnatol 27(2): 433-59.

253 - Hollan, D (1990). Indignant suicide in the Pacific: an example from the Toraja Highlands of Indonesia. Cult Med Psychiatry. 14 (3):365-79.

254 - Holmes, T. H. and Rahe, R. H. (ML7) The Social Readjustment Scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 213-218.

255 - Howells, W. W. (1976). Physical Variation and History in Melanesia and Australia. American Journal of Physical

Anthropology. 45(3): 641-649.

256 - Howes, D. G. (1998). Cardiovascular Disease and Women. Lippincotts Prim. Care Pract. 2(5): 514-24.

257 - Howes, JB et al.(1997) Alcohol consumption and blood pressure in recently hospitalised patients. Blood Press. 6(2): 109-11

258 - Hunt, G and Barker, JC (2001). *Socio-cultural* anthropology and alcohol and drug research: towards a unified theory. Soc Sci Med. 53(2):165-88.

259 - Husaini, B. A.; Blasi, J. A. and Miller, O. (1999). Does Public and Private Religiosity Have a Moderrating Effect on Depression? A Bi-Racial Study of Elders in the American South. International *Journal of Aging and Human* Development, 48(1): 63-72.

260 - Hutchesson, A. C.; Bundey, M. A.; Preece, M. A.; Hall, S. K.; and Green, A. (1998). A Comparison of Disease and gene Fequencies of Inborn Errors of Metabolism Among Different Ethnic Groups in the West Midlands, U. K.. Med. Genet. 35(5): 366-370.

261 - Irwin M., Patterson T., Smith TL., Caldwell C., Brown SA., Gillin JC., Grant I. (1990). Reduction of immune function in life stress and depression. Biol Psychiatry. 27(1): 22-30.

262. James, G. et al. (1985) The Effect of Modernization on Spouse Concordance in American Samoa. Human Biology 55:643-652.

263 - Jasinski JL, Williams LM, Siegel J. (2000). Childhood physical and sexual abuse as risk factors for heavy drinking among African-American women: a prospective study. Child Abuse Negl. 24(8):1061-71.

264 - Jeffery, R. et al. (1995). Evaluation of Weight in a Community Intervention for Cardiovascular Disease Risk: Changes in Body Mass Index in the Minnesota Heart Health Program 19(1): 30-9.

265 - Johnson CL, Barer BM. (2002). Life course effects of early parental loss among very old African Americans. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 57(2):S108-16.

266 - Kaplan, R. M.; Sallis, J. F. and Patterson, Th. L. (1993). Health and Human Behavoir. New York: McGrow-Hill, Inc.

267 - Kato T, Akiba H, Seiji M, Tohda H, Oikawa A. (1985). Clinical and biological studies of 26 cases of xeroderma pigmentosum in northeast district of Japan. Arch Dermatol Res. 277(1):1-7.

268 - Kearney, J. M. et al. (1999). Stages of Change Towards Physical Activity in a Nationally Representature Sample in the European

Union. Public Health Nutr. 2(1A): 115-24.

269 - Kim, Y. (2001). Korean Adolescents' Health Risk Behaviors and their Relationship with the Selected Psychological Constructs. J. Adolesc. Health 29(4): 298-306.

270 - King, Donald (1990). Religion and Health Relationships: A Review: Journal of Religion and Health, 29(2): 101-112.

271 - King, Donald. (1990) Religion and health relationships: A review. Journal of Religion and Health. 29 (2), 101-112.

272 - Kishida, Y. (2001). Anxiety in Japanese Women after Elective Abortion. J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 30(5): 490-5.

273 - Knowler, W et al. 1981) Diabetes Incidence in Pima Indians: Contributions of Obesity and Parental Diabetes. American Journal of Epidemiology 113:144-156.

274 - Koenig, H. g., Georg, L. K., B.L. (1999). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. American Journal of Psychiatry. 155(4), 536-542.

275 - Koening, H. G.; Georg. L. K.; and Peterson, B. L. (1999). Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients. American Journal of Psychiatry, 155(4): 336-542.

276 - Kritz, H and Sinzinger, H. (1996). Passive smoking, platelet function and atherosclerosis. Wien Klin Wochenchr. 108(18): 582-8.

277 - Kritz, M. and gurak, D. (19760 Ethnicity and Fertility in the U.S.: An Analysis of 1970 Public Use Sample Data. Review of the Public Data Use. 4,3:12-23

278 - Kuwait Department of Statistics and medical Records (1993) Kuwait. Ministry of Health.

279 - Larsen, U. and Yan, S. (2000). Does Female Circumcision Affect Infertility and Fertility? A Study of the Central African Republic, Côte d'Ivoire, and Tanzania. Demography. 37(3): 313-21.

280 - Lasker, G. and Crews, D. (1996) Behavioral Influences on the Evolution of Human Genetic Diversity. Molecular Phylogenetics and Evolution 5:232-240.

281 - Lasker, G. W.; Crews, D. E. (1996). Behavioral Influences on the Evolution of Human Genetic Diversity. Mol. Phylogenet Evol. 5(1): 232-240.

282 - Lavelle, M. (1994) Are there Long-Term Health Consequences of

Secular Trends in Early Menarche? Collegium Anthropologicum 18:53-61.

283 - Leclerc-Madlala, S. (2001).Virginity testing: managing sexuality in a maturing HIV/AIDS epidemic. Med Anthropol Q. 15(4):533-52.

284. - Lee HP. (1993) Diet and cancer: a short review. Ann Acad Med Singapore.22(3):355-9.

285 - Lee, E. J. et al. (1998). All-Cause Mortality in Three American Indian Populations, Aged 45-74 Years, 1984-1988. The Strong Heart study. Am. J. Epidemiol. 147: 995-1008.

286 - Leigh, J. P., Cone, J. E.; and Hamson, R. (2001). Costs of Occupational Injuries and Illness in California. Prev. Med. 32(5): 393-406.

287 - Lerman, I. G. et al. (1998). The Prevalence of Diabetes and Associated Coronary Risk Factors in Urban and Rural Older Mexican Populations. J. Am. Genatr. Soc. 46(11): 1387-95.

288 - Levin, Jeffrey A., & Vanderpool, Harold. (1989). Is religion therapeutically significant for hypertension. Social Science Medicine, 29 (1), 69-78.

289 - Levin, Jeffrey, A. and Vanderpool, Harold (1989). Is Religion

Therapeutically Significant for Hypertension. Social Science Medicine. 29(1): 69-78.

290 - Lieberman, L. (1988) Diabetes and Obesity in Elderly Black Americas. In J Jackson (ed): The Black American Elderly: Research on Physical Health. New York: Springer Publishing, pp.15-189.

291. - Linton et al. (1936). Memorandum for the study of Accutturation. SSRC.

292 - Lipson, J. G.; Dibble, S. L.; and Minarik, (eds.). Culture and Nursing Care: A Pocket Guide. University of California at San Francisco. School of Nursing Press.

293 - Little, M. and Hass, J. (1989) Introduction: Human Population Biology and the Concept of Transdisciplinarity. Hass, J and Little, M. (ed): Human Population Biology. A Transdisciplinary Science. New York: Oxford University Press, pp.3-12.

294 - Loimev, N. and Werner, E. (1992). Tattooing and High-Risk Behaviour among Drug Addicts. Med. Law. 11(3-4): 167-74.

295. - Lurie (1968).

296 - Lyttleton, C and Amarapibal A. (2002) Sister cities and easy

passage: HIV, mobility and economies of desire in a Thai/Lao border zone. Soc Sci Med 2002 Feb;54(4):505-18.

297 - MacDougall, J. M. et al. (1986). Individual Differences in Cardiovascular Reactions to Stress and Cigarette Smoking. Health Psychol. 5(6): 531-44.

298 - Maddock C., Parriante CM. (2001) How does stress affect you? An overview of stress, immunity, depression and disease. Epidemol Psychiatry Association 10(3): 153-62.

299 - Madrigal, L.; Ware, B.; Miller, R.; Saenz, G.; Chavez, M.; and Dykes, D. (2001). Ethnicity, Gene Flow, and Population Subdivision in Limon, Costarica.

300 - Makkai, T. and Mc Allister, I (2001). Prevalence of Tattooing and Body Piercing in the Australian Community. Commun. Dis. Intell. 25(2): 67-72.

301 - Manuela, D (2001). Age-related decline in body cell mass in elderly men and women, determined by a noninvasive nuclear technique: Effects of physical activity and dietary potassium intake. . American Journal of Human Biology. 13(2): 204-211.

302 - Marang-Van de Mheen, P. J.; Smith, G. D.; Hart, C. L.; and Hole,

D. J. (2001). Ave Women more Sensitive to Smoking than Man? Findings from the Renfrew and Paisley Study. Int. J. Epidemiology 30(4): 787-92.

303 - Marshall, M; Ames, GM; and Bennett, LA (2001). Anthropological perspectives on alcohol and drugs at the turn of the new millennium. Soc Sci Med. 53(2):153-64.

304 - Maste Kaasa, A. (2000). Parenthood, Gender and Sickness Absence. Soc. Sci. Med. 50(12): 1827-42.

305 - McElray, Ann and Townsend, Patricia (1989). Medical Anthropology in Ecological Perspective. Boulder, CO: West-View Press.

306 - McGarvey, S and Baker, P. (1979) The Effect of Modemization and Migration on Samoan Blood Pressures. Human Biology 51:461-479.

307 - Memish, Z. A. (2002). Meningococcal Desease and Travel. Clin. Infect. Dis. (34(1): 91-7.

308 - Meniru, G. I.; Hecht, B. R.; and Hopkins, M. P. (2000). Female Circumcision: at One Doorsteps and Beyond. Prim. Care update Ob. Gyns. 1; 7(6): 231-237.

309 - Michelle L. et al, (2001). Child factor in measurement dependability. American Journal of Human Biology. 13(4): 548-557.

310 - Midthjell, K. et al. (1999). Rabid Changes in the Prevalence of Obesity and Known Diabetes in an Adult Norwegian Population. The Nord-Trondelay Health Surveys: 1984-1986 and 1995-1997. Diabetes Care. 22(11): 1813-20.

311 - Miller AM., chandler PJ. (2002) Acculturation, resilience, and depression in midlife women from the former Soviet Union. Nurs. Res. 51(1): 26-32.

312 - MMWR Morb Mortal WKlY Rep. (1999). Self-Reported Prevalence of Diabetes among Hispanics - United States, 1994-1997; 48(1): 8-12.

313 - MMWR Morb Mortal Wkly Rep. (2001). 50(12): 221-2.

314 - Mohara, M. and Kagawa, J. (2000). The Health Care System for Female Workers and its Current Status in Japan. Int. Arch. Occp. Environ. Health.

315 - *Molnar, S (1992). Human Variation*: Races, Types, and Ethnic Groups. *New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs.*

316 - Montazeri, et al. (2000). Anxiety and Depression in Iranian Breast Cancer Patients before and after Diagnosis. Eur. J. Cancer Care. 9(3): 151-7.

317 - Montgamery, D. F. and Parks, D. (2001). Tattos: Counseling the Adolescent. J. Predator Health Care, 15(1): 14-9.

318 - Moore, P. S.; Harrison, L. H., Telzak, E. E.; Ajello, G. W.; and Broome, C. V. (1988). JAMA 260(18): 2686-9.

319 - Morison, L. et al. (2001). The Long-Term Reproduction Health Consequences of Female Genital Cutting in Rural Gambia: A Community-Based Survey. Trop. Med. Int. Health 6(8): 643-53.

320 - Müller, I et al. (2002). Regional patterns of birthweights in Papua New Guinea in relation to diet, environment and socio-economic factors. Annals Journal of Human Biology. 29(1):74-88.

321 - Mustafa, K. Y.; Omer, O.; Khogalig M., Jamjoom, A.; Gumaa, K. A.; Abu el-Nar, N.; and Gader, M. A. (1985). Blood Coagulation and Fibrinologis in Heat Stroke, Br. J. Haematol 61(3): 517-23.

322 - Naldi L, Gallus S, Imberti GL, Cainelli T, Negri E, La Vecchia C. (2000) Sunscreens and cutaneous malignant melanoma: an Italian case-control study. Int J Cancer.86(6):879-82.

323 - National Diabetes Information Clearinghouse. (NIDDK) (2001) (Online). Diabetes in African Americans. http://www.niddn.gov. NIH publication no. 01-3266. August.

324 - National Heart, Lung, and Blood Institute (1994) Genetic Determinants of High Blood Pressure. NIH Guide (Internet) 23: 10, March 11.

325 - Neel, (1962). Diabetes Mellitus: A thrifty genotype rendered detrimental by progress? American Journal of Human Genetics. 14: 353-362.

326 - Neel, (1982). The thrifty genotype revisited. In: The Genetics of Diabetes Mellitus, ed. J. Kobberling abd R. Tattersall. London: Academic Press.

327 - Nie, N. and Erbing, L. (2000) Internet and Society: A preliminary Report. Standford Institute for the Quantitative Study of Society. Intersurvey Inc., and McKinsey and Co.

328 - Nilsson, R (2001) Environmental tobacco smoke revisited: the reliability of the data used for risk assessment. Risk Anal. 21(40: 737-60.

329 - Norrison, J.; James, F.; Sprecher, D.; Khoury, P. and Daniels, S.

(1999). Sex and Race Differences in Cardiovasular Disease Risk Factor Changes in Schoolchildren, 1975-1990: The Princeton School Study. An J. Public Health. 89(11): 1708-14.

330 - Office of Minority Health (Online). Rhode Island Department of Health. http://www.health.state.ri.us

331 - Ofili, E., Igho-Pemu, P., & Bransford, T.(1999). The Prevention of cardiovascular disease in blacks. Current Opinions in Cardiology, 14(2), 169-175.

332 - Okubo, Y. et al. (2001). Alcohol consumption and blood pressure in Japanese men. Alcohol. 23(3): 149-56.

333 - Olff M. (1999) Stress, depression and immunity: The role of defense and coping styles. Psychiatry Res. 85(1): 17-31.

334 - particulate air pollution. JAMA. 287(9):1132-41.

335 - Pearlin, L. I. And Schooler (1978) The Structure of Coping. Journal of Health and Social Behavior, 19(1), 2-21.

336 - Perz, C and Beaudet, M. P. (1999). The Health of Lone Mothers. Health Rep. 11(2): 21-32.

337– Petrauskaite R, Pershagen G, Gurevicius R. (2000)Lung cancer near an industrial site in Lithuania with major emissions of airway

irritants. Int J Cancer. 99(1):106-111.

338 - Phillips CI, Stokoe NL, Hughes HE. (1975). An ophthalmic genetics clinic. Trans Ophthalmol Soc U K.95(4):472-6.

339 - Pickering, G. (1968). High Blood Pressure. London: Churchill.

340 - Pisani, E. (2000). Aids into the 21st Century: Some Critical Considerations. Reprod. Health Matters. 8(15): 63-76.

341 - Pi-Sunyer, F. (1990). Obesity and Diabetes in Blacks, Diabetes Care 13: 1144-1149.

342 - Pope CA 3rd, Burnett RT, Thun MJ, Calle EE, Krewski D, Ito K, Thurston GD. (2002)Lung cancer, cardiopulmonary mortality, and long-term exposure to fine

343 - Popkin, B. M. (1998). The Nutrition Transition and its Health Implications in Lower-income Countries. Public Health Nutr. 1(1): 5-21.

344 - Popkin, B. M. (2001). Nutrition in Transition: The Changing Global Nutrition Challenge. Asia Pac. J. Clin. Nutr. 10: 51-3.

345 - Popkin, B. M. (2001). The Nutrition Transition and Obesity in the Developing World. J. Nutr. 131(3): 871-873.

346 - Posadas-Romero, C. et al. (1994). The Prevalence of NIDDM and Associated Coronary Risk Factors in Mexico City. Diabetes Care. 17(12): 1441-8.

347 - Raison CL., Miller AH. (2001) The neuroimmunology of stress and depression. Semin Clin Neuropsychiatry. 6(4): 277-94.

348 - Rajaram, S. S. and Vinson, V. (1998). African American Women and Diabetes: A Sociocultural Context. J. Health Care Poor Undeserved. 9(3): 236-47.

349 - Ramachandran, A. et al. (1999). Impacts of Urbanization on the Lifestyle and on the Prevalence of Diabetes in Nature Asian Indian Population. Diabetes Res. Clin. Prct. 44(3): 207-13.

350 - Rao, R. S. (1983). Influence of Smoking on Blood Pressure. Indian J. Med. Sci. 37(7): 115-9.

351 - Rapp, R (2001). Gender, body, biomedicine: how some feminist concerns dragged reproduction to the center of social theory. Med Anthropol Q. 15(4):466-77.

352 - Rasch, V.; Silberschmidt, M.; Mchumvu, Y., and Mmary, V. (2000). Adolescent Girls with Illegally Induced Abortion in Dar Es Salaam; the Discrepancy between Sexual Behaviour and Lack of Access to

Contraception. Report Health Matters. 8(15): 52-62.

353 - Relthford, J. H.; Lees, F. C.; and Crawford, M. H. (1980). Population Structure and Biological Differentiation. Ann. Hum. Biol. 7(5): 411-428.

354 - Remennick, Ll. (2002). Immigrants from Chernobyl-affected areas in Israel: the link between health and social adjustment. Soc Sci Med. 54(2):309-17.

355 - Richardus, J. H. and Kunst, A. E. (2001), Black-White Differencies in Infection Disease Mortality in the United States. Am J. Public Health. 91(8): 1251-1253.

356 - Ringback Weitoft, G.; Haglund, B.; and Rosen, M. (2000). Mortality among Lone Mothers in Sweden: A Population Study Lancet. 355 (9211): 1215-9.

357 - Robinson, C. F.; Pertersen, M.; and Palu, S. (1999). Mortality Patterns among Electrical Workers Employed in the U. S. Construction Industry, 1982-1987. Am J. Ind. Med. 36(6): 630-7.

358 - Rooks, J. K.; Roberts, D. J. and Schetema, K. (2000). Tattoos: Their Relationship to Trauma, Psychopathology, and Other M. V. Ths. Minn. Med. 83(7): 24-7.

359 - Ryan, A et al. (1994) Relationship of Blood Pressure to Fatness and Fat patterning in Mexican American adults from the Hispanic Health and Nutrition Examination survey (HHANES, 1982-1984). Collegium Anthropologicum 18:89-99.

360 - Sakai T (2001) Does breastfeeding reduce risk for breast cancer? A short lesson in evidence-based practice. Am J Matern Child Nurs. ;26(1):42-5.

361 - Samuel, R Fridman et al. (2000). Network-related Mechanisms May Help Explain Long-term HIV-1 Seroprevalence Levels That Remain High but Do Not Approach Population-Group Saturation. Journal of American Epidemiology. 152(10):913-22.

362 - Sarason, I. G.; Johnson, J. H. and Siegel, J. M. (1978). Assessing the Impact of Life Changes: Development of the Life Experiences Survey. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 932-943.

363 - Sauvola, A.; Makikyro, T.; Jokelainen, J.; Joukamaa, M.; Jarvelin, M. R.; and Isohanni, M. (2000). Single-Parent Family Background and Physical Illness in Adulthood: A Follow-Up Study of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. Send J. Public Health. 22(2): 95-101.

364 - Saw, S. and Rajan, U. (1997). The Epidemiology of Obesity: A Review 26(4): 489-93.

365 - Scala, J. (2000). A Burnout: Including: Diet, Biofeedback, Exercise, Relaxation techniques Mind-Body Approach to Health and well-Being. 25 Natural Ways to Manage stress and Avoid. Los Angles: Keats Publishing.

366 - Schall, J. (1995) Sex Differences in the Response of Blood Pressure to Modernization. American Journal of Human Biology 7:159-172.

367 - Scharma-Wagener, S. et. al. (2000). Occupation and Prostale Cancer Risk in Sweden. J. Occup. Environ. Med. 42(5): 517-25.

368 - Schroll, M. (1980). Smoking Habits in the Glostrup Population of Men and Women, Born in 1914, Implications for Health, Evaluated from Ten-Year Mortality, Incidence of Cardiovascular Manifestations and Pulmonary Function, 1964-1974. Acta Med. Scand. 208(4): 245-56.

369 - Scupin, Raymond (1992). Cultural Anthropology: A Global perspective. New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs.

370 - Seltzer, C. C. (1974). Effect of Smoking on Blood Pressure. Am

Heart J. 87(5): 558-64.

371 - Seltzer, C., and mayer (1965) A Simple Criterion of Obesity. Postgrad. Med.38:101.

372 - Seltzer, C., and Mayer (1976) Greater Reliability of the Triceps Skinfold Over the Subscapular Skinfold as an Index of Obesity. American journal of Clinical Nutrition 20:950-953.

373 - Sigh, R. B. (1998b). Prevalence of Type 2 Diabetes Mellitus and Risk of Hypertension and Coronary Artery Disease in Rural and Urban Population with Law Rates of Obesity. Int. J. Cardiol. 66(1): 65-72.

374 - Silva, H.and Eckhardt (1994) Westernization and Blood Pressure variation in four Amazonian Populations. Collegium Anthropologicum 18:81-87.

375 - Singer, M (2001). Toward a bio-cultural and political economic integration of alcohol, tobacco and drug studies in the coming century.Soc. Sci Med. 53(2): 199-213.

376 - Singh, R. B. (1998a). Association of Control Obesity and Insulin Resistence with High Prevalence of Diabetes and Cardiovascular Disease in an Eldery Population with Law Fat Intake and Lower

than Normal Prevalence of Obesity: the Indian Paradox. Coron Artery Dis. 9(9): 559-65.

377 - Singh, R. B. et al. (1999). Blood Pressure Trends, Plasma Insulin Level and Risk Factors in Rural and Urban Eldery Populations of North India. Coron Artery Dis. 8(7): 463-8.

378 - Sorensen T. I. (2000). The Changing Lifestyle in the World-Body Weight and What else? Diabetes Care. 2: B1-4.

379 - Spiegel, D. (1990). Can Psychtherapy Prolong Cancer Survival? Psychosomatics; 31: 361-6.

380 - Stauter, R. L. (1988). Tattooing: the Protection of the Public Health. Health Matrix. 6(2): 51-9.

381 - Stern, M. P. and Haffner, S. M. (1990). Type II Diabetes and its Complications in Mexican Americans. Diabetes Metab. Rev. 6(1): 29-45.

382 - Steward, Julian (1988). The Concept and Method of Cultural Ecology. In: High Points in Anthropology. Pual Bohannan and Mark Glazer (eds.). New York: McGraw-Hill, Inc. 322-332.

383 - Teebi, A. et Al. (1987) Phenylketonuria in Kuwait and Arab Countries. European Journal Of Pediatrics 146:59-60.

384 - Thomas, T. L. (1987). Mortality Among Flavour and Fragrance Chemical Plant Workers in the United States. Br. J. ind Med. 44 (11): 733-7.

385 - Thorson, J. A. (1991). Afterlife Constructs, Death Anxiety, and Life Reviewing: Importance of Religion as a Moderating Variable. Jornal of Psychology and theology. 19: 278-284.

386 - Thorson, James, Powelle, F. C.; Abdel-Khalek, Ahmed; and Beshai, James (1997). Constructions of Religiosity and Death Anxiety in Two Cultures: The Unites States and Kuwait. Journal of Psychology and Theology. 25(3): 374-383.

387 - Tiano, s. (19940 Fertility, Selective Recruitment, and the Maquila Labor Force. In women, the Family, and Policy; A Global Perspective. Chow, E.; and Berheide, C. {Eds}. Albany: State University of New York Press: 209-233.

388 - Timmis, A. D. (2001). Diabetes. Br. Med. Bull. 59: 159-72.

389 - Tukiendorf A. (2001) An ecological analysis of leukemia incidence around the highest 137Cs concentration in Poland. Cancer Causes Control. 12(7):653-9.

390 - Tunebilek and Koc, (1994). Consanguineous marriage in Turkey ad

its impacton fertilty and mortatily. Ann Hum Genet. 321-9.

391 - Tyler, Edward (1871). Primitive culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Language, Art, and Custom. London: J. Murray.

392 - U.S. Department of Health (1984) Nonpharmacological Approaches to the Control of Blood Pressure. Final Report of the Subcommitee on the Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood pressure. Bethesda: MD: Nation Heart, Lung and Blood Institutes, National Institute of Health.

393 - Ueshima, H. et al. (1993). Effect of reduced alcohol consumption on blood pressure in untreated hypertensive men. Hypertension. 21 (2): 248-52.

394 - Ulijaszek, S. J. (2001). Socioeconomic Status, Body Size and Physical Activity of Adult on rarotonga, The Cook Islands. Ann. Hum. Biol. 28(5): 554-63.

395 - Ullrich, I. H.; Yeater, R. A.; and Dalal, J. (1992). Heart Disease in Women. W. V. Med. J. 88(12): 552-5.

396 - Uppaluri CR., Schiumm LP., Lauderdale DS. (2001) Self-reports of stress in Asian immigrants: effects of ethnicity and acculturation.

Ethn. Dis. 11(1):107-14

397 - Varkey, P.; Balaknshna, P. P.; Prasad, J. H.; Abraham, S.; and Joseph, A. (2000). The Reality of Unsafe Abortion in Rural Community in South India. Reprod Health Matters. 8(16): 83-91.

398 - Velema JP, Ferrera A, Figueroa M, Bulnes R, Toro LA, de Barahona O, Claros JM, Melchers WJ. (2002) Burning wood in the kitchen increases the risk of cervical neoplasia in HPV-infected women in Honduras. Int J Cancer. 2002 Feb 1;97(4):536-41.

399 - Vorcaro, CM. Et al. (2001). Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambui Study. Acta Psychiatr Scand. 104(4):257-63.

400 - Vorobiof, D. A.; Sitas, F.; and Vorobiof, G (2001). Breast Cancer Incidence in South Africa. J. Clin. Oncol. 19(18): 125-127.

401 - Wahab and Ahmed, 1996.

402 - Waldron, et al. (1982). Cross - Cultural variation in blood pressure: a quantitatine analysis of the nelatianship of blood pressure to cultural characteistics, sa it consumptian and body meight, Soc. Sci. Med. 16 (4): 414-30.

403 - Ward, R. (1990) Familial Aggregation and Genetic Epidemiology of

Blood Pressure In: J.H.; B.M. Brenner ., (Eds.) Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis and Measurement. Raven, N.Y.161-191

404 - Weinstock MA. (1999) Do sunscreens increase or decrease melanoma risk: an epidemiologic evaluation. J Investig Dermatol Symp Proc. 4(1):97-100. Review.

405 - Welty, T. et al. (1995). Cardiovascular Disease Risk Factors among American Indians. The Strong Heart Study Am. J. Epidemiol. 142(3): 269-87.

406 - Westerdahl J, Ingvar C, Masback A, Olsson H. (2000) Sunscreen use and malignant melanoma. Int J Cancer. 87(1):145-50.

407 - Westerdahl J, Olsson H, Masback A, Ingvar C, Jonsson N. (1995) Is the use of sunscreens a risk factor for malignant melanoma? Melanoma Res.5(1):59-65.

408 - White, A., Raju, K., and Abouna, G. (1988) A Six Year Experience with Recurrent Infection and Immunodeficiency in Children in Kuwait. Journal of Clinical and Laboratory Immunology 26:97-101.

409 - WHO (1978). Primary Health Care. Geneva: World Health Organization.

410 - WHO (1990) Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases. WHO Technical Report Series No. 797, WHI, Geneva.

411 - WHO (1997). 1997-1999 World Health Statistics Annual.

412 - WHO (2002). Diabetes Mellitus. Fact Sheet N. 138. Revised April, 2002.

413 - WHO EMRO (1989) Clinical Disorders Arising From Dietary Affluence in the Eastern Mediterranean Region. Technical Publication No.14

414 - Willett WC. (2000) Diet and cancer. Oncologist. 2000;5 (5):393-404.

415 - Willett WC.(1986). Selenium, vitamin E, fiber, and the incidence of human cancer: an epidemiologic perspective. Adv Exp Med Biol.206:27-34.

416 - Willett, W. C. (1994). Micronutrients and Cancer Risk. Am. J. Clin. Nutr. 59(5): 1162-1165.

417 - Wilson, B.; Wilson, N.; Russell, D. (2001). Obesity and Body Fat Distribution in the New Zealand Population. N. Z. Med. J. 114 (1128): 127-30.

418 - Wirsing, R. (1985) The Health of Traditional Societies and the

effect of Acculturation. Current Anthropology 26.

419 - Woodward, A and Laugesen, M (2001) How many deaths are caused are caused by second hand cigarette smoke? Tob Control. 10(4): 383-8.

420 - Yaqub, B. A. (1987). Neurologic Manifestation of Heartstroke at the Mecca Pilgrimmage. Neurology 37(6): 1004-6.

421 - Yaqub, B. A.; Al-Harthi, S. S.; Al-Orainey, I. O.; Laajam, M. A.; and Obeid, M. T. (1986). Heat Stroke at Mekkah Pilgrimage: Clinical Characteristics and Course of 30 Patients. Q. J. Med. 59(229): 523-30.

422 - Yonemitsu N, Mori K, Mitsuoka M, Toda S, Miyabara S, Funatsumaru S, Sugihara, H. (1988). Testicular tumors in non-twin brothers from a consanguineous marriage. Acta Pathol Jpn. 38 (8):1077-86.

423 - Zarraf Zadegan, N. et al. (1999). Prevalence of Hypertension and Associated Risk Factors in Isfaham, Islamic Republic of Iran. Ease Mediterr. Health J. 5(5): 992-1001.

424 - Ziegler RG. (1989). A review of epidemiologic evidence that carotenoids reduce the risk of cancer. J Nutr. 119(1):116-22.

425 - Zimmet, P., Arblaster, M. and Thoma, K. (1987) The Effect of Westernization in Native Populations: Studies on a Micronesian Community with a High Diabetes prevalence. Aust. N.Z.J. Med. 8:141-146.

426 - Zolkowaka K., Cantor-Graae E., McNeil TF. (2001) Increased rates of psycholosis among immigrants to Sweden: is migration a risk foctor for psychosis? Psychol. Med. 31(4): 669-78

ردمك: ٩٩٩٠٦-١-٠٧٩-٧
رقم الإيداع: 2003/00031

e Academic Publication Council

Kuwait University

Established in 1986

Faculty of Arts & Education Bulletin (1972-1979), Journal of the Social Sciences 1973, Kuwait Journal of Science and Engineering 1974, Journal of the Gulf and Arabian Peninsula Studies 1975, Authorship Translation and Publication Committee 1976, Journal of Law 1977, Annals of the Arts and Social Sciences 1980, Arab Journal for the Humanities 1981, The Educational Journal 1983, Journal of Sharia and Islamic Studies 1983, Medical Principles and Practices 1988, Arab Journal of Administrative Science 1991.